19.

Témoignage de

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 21 *janvier* 1858,

Par Auguste VOISIN,

né à Vanves (Seine),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris,
Médaille d'Argent du Choléra (1854),
Lauréat de la Faculté de Médecine,
Membre de la Société Anatomique,
Médailles de Bronze des Hôpitaux (1853 et 1857).

DE

L'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1858

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	.....
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON, Président. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BARTH.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH.
DEPAUL.
FOLLIN.
GOSSELIN.
GUBLER.
GUENEAU DE MUSSY.
JARJAVAY.

MM. LASÈGUE.
LECONTE, Examinateur.
ORFILA.
PAJOT.
REGNAULD.
A. RICHARD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER, Examinateur.
SAPPEY.
TARDIEU.
VERNEUIL.
VIGLA.

A M. FALRET.

A M. BRIQUET.

A M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

A M. LE PROFESSEUR JOBERT DE LAMBALLE.

A M. LE Dr TARDIEU.

A M. LE Dr LASÈGUE.

Je prie MM. Aran, Delasiauve, Giraldès, Follin, Adolphe Richard, Hérard, mes autres maîtres dans les hôpitaux, de vouloir bien recevoir l'assurance de mes sentiments respectueux.

Je prie MM. Béraud, Broca, Pajot, Ch. Robin, d'agréer l'expression de ma gratitude.

A MON CHER CONDISCIPLE ET AMI DOLBEAU,

Prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris.

Je remercie Robin-Massé, mon jeune ami, de m'avoir aidé dans les recherches bibliographiques qu'a nécessitées ce travail.

DE

L'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

HISTORIQUE.

L'histoire de l'hématocèle rétro-utérine est encore entourée de quelque obscurité, bon nombre de médecins n'en ont jamais observé d'exemples; si bien qu'aujourd'hui la maladie est souvent méconnue. Ce n'est pas que d'assez nombreux travaux n'aient été publiés, mais beaucoup d'observateurs ne croient qu'après avoir vu et touché eux-mêmes.

Malgré l'incrédulité que nous avons rencontrée chez plusieurs de nos chefs de service, nous n'hésitons pas à publier ce travail, dont l'idée, du reste, nous a été fournie par les leçons cliniques de notre maître bien-aimé, M. le professeur Nélaton.

L'historique de cette affection nous paraît être incomplet dans les thèses déjà publiées. Leurs auteurs ne font pas remonter la connaissance de cette maladie au delà de Ruysch (1737); nous croyons cette opinion erronée. Voici, en effet, des observations que nous empruntons à Hippocrate :

« *Suppression des règles; tumeur dans le ventre; selles abondantes. Guérison.* — La servante que je vis portait à droite une dureté très-considérable, mais qui n'était guère douloureuse; le ventre était gros et tendu. Cette femme ne ressemblait pas à une hydropique, et du reste elle avait de l'embonpoint, n'avait guère de dyspnée, mais était DÉCOLORÉE; les règles n'étaient point venues depuis sept ans. Elle fut prise de dysentérie sans ténesme; dans ces circon-

stances, la dureté à droite était douloureuse ; fièvre médiocre qui ne dura pas plus de sept jours ; déjections alvines semblables à l'ambre, un peu visqueuses, très-abondantes pendant quelques jours ; guérison ; et à la suite de cela, les règles vinrent, la dureté dans le ventre disparut, et la femme prit bonne couleur et de l'embonpoint. » (4e livre *des Épidémies*, § 38. p. 181, Hipp., tome V, traduction Littré.)

« *Tumeur dans le ventre ; pression avec les mains. Guérison.*—Une fièvre continue survint chez la femme du jardinier ; elle ne fut nullement soulagée par des remèdes évacuants ; au-dessous de l'ombilic, était une dureté s'élevant au-dessus du niveau de la peau, et causant de fortes douleurs. Cette dureté fut malaxée fortement avec les mains enduites d'huile ; ensuite DU SANG FUT ÉVACUÉ en abondance par le bas. Cette femme se rétablit et guérit. » (5e livre *des Épidémies*, t. V, Hipp., § 1, p. 205.)

« Chez certaines femmes, à la deuxième ou troisième époque après la suppression des règles, si les menstrues se portent vers le flanc sans être devenues purulentes, il se forme au-dessus de l'aine une tumeur grosse et rouge : il est arrivé plus d'une fois que les médecins, ne sachant pas ce que c'était, l'ont incisée et ont mis la malade en danger.

« Cette espèce de tumeur se forme ainsi : la chair puise du sang, s'en remplit et se soulève, à cause de ce sang qui la pénètre. Si l'orifice utérin revient vers les parties génitales et que les règles sortent par cette voie, le gonflement du flanc s'affaisse ; mais, si l'orifice ne se tourne pas vers les parties génitales, les règles se font jour par le flanc ; elles prennent aussi la voie du vomissement et parfois CELLE DU SIÉGE. » (Hipp., tome VIII, livre I, § 2, p. 21.)

La lecture de ces observations nous a paru indiquer que l'hématocèle était connue du père de la médecine ; il insiste sur l'évacuation du li-

quide par l'anus, la tumeur sous-ombilicale, la décoloration de la peau. Aussi notre étonnement a été grand de ne rencontrer ceci noté dans aucun travail antérieur au nôtre, tout au moins comme observations de maladies analogues.

Il y a trente ans, l'attention de Récamier fut attirée sur l'hématocèle rétro-utérine.

M. Bourdon a publié, en 1841, un mémoire sur les tumeurs fluctantes du petit bassin ; nous y trouvons relaté un cas tiré de la pratique de Récamier.

M. Bernutz, en 1848, fit paraître dans les *Archives de médecine* une série de mémoires sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel. Parmi les observations pulliées, une seule a trait à notre sujet ; nous l'avons analysée dans les tableaux insérés à la fin de notre travail.

Depuis, M. le professeur Nélaton a formulé à la Société de chirurgie et a professé à l'hôpital des Cliniques des idées nouvelles sur cette affection, à l'histoire de laquelle MM. Robert, Denonvilliers, Huguier, Follin, ont apporté le résultat de leurs recherches.

MM. Prost, en 1854, Fenerly et Cestan, en 1855, Engelhardt, de Strasbourg, et Gallardo, en 1856, ont publié sur ce sujet des thèses intéressantes.

Nous avons pu, grâce au concours amical de M. Picard, interne des hôpitaux, connaître certaines publications allemandes sur ce sujet.

Un ouvrage de Mikschik, édité à Leipsick, en 1854, et intitulé *Études sur la pathologie des ovaires.*

Nous donnerons ces observations.

Un article de Kauffmann, qui a paru en 1855 dans le 8e volume des *Archives de la Société d'obstétrique de Berlin.*

Dans les *Mémoires et consultations de médecine légale,* par Chaussier, est relaté un cas d'hématocèle rétro-utérine.

Dans les *Annales d'hygiène publique*, juillet 1854, sont insérées quatre notes succinctes sur des cas d'hématocèle rétro-utérine observés par M. le Dr Tardieu.

Dans un livre récent publié en Angleterre par le Dr West sur les maladies des femmes, se trouve consignée une observation de tumeur rétro-utérine que nous donnons, et que nous croyons être relative à notre sujet.

Nous avons eu soin, à la fin de notre travail, de réunir en tableaux nos observations personnelles et celles déjà connues.

Nous croyons que le rapprochement des symptômes ne peut que rendre plus nette et plus précise à l'esprit l'histoire encore obscure de l'hématocèle rétro-utérine.

Nous conserverons à cette maladie le nom que lui a donné M. le professeur Nélaton. Déjà plusieurs auteurs de thèses ont essayé de modifier la dénomination acceptée avant eux, et cela à cause d'anomalies dans le siége de l'épanchement péritonéal ; mais la lecture des observations et des autopsies où ces auteurs ont puisé indique que le sang n'a été trouvé en avant de l'utérus qu'une fois (obs. 13), et c'est sur ce seul fait qu'ils ont voulu donner à cette affection le nom d'*hématocèle péri-utérine*. Nous croyons que celui de rétro-utérine doit être conservé.

DIVISIONS.

M. Huguier pense que ces épanchements sanguins présentent deux grandes classes :

1° Les uns seraient placés au-dessous du péritoine, dans le tissu cellulaire compris entre l'utérus et le rectum, et le cul-de-sac péritonéal et vaginal ;

2° Les autres, situés dans l'un des annexes de l'utérus , dans le cul-de-sac péritonéal ou dans un des replis de cette membrane séreuse.

Nous ne voyons pas pourquoi les auteurs cherchent aussitôt, la maladie à peine connue, à embarrasser son étude déjà difficile.

Ces divisions sont très-bonnes peut-être à propos de l'anatomie

pathologique; mais, et M. Huguier l'avoue lui-même, les symptômes sont toujours les mêmes dans un cas ou dans l'autre.

M. Prost, dans sa thèse, a distingué les épanchements en intra et sous-péritonéaux.

Nous discuterons son opinion à l'article *Diagnostic*.

Nous croyons, fort de l'étude des observations connues et des nôtres, que l'hémorrhagie est toujours intra-péritonéale.

Dans quelques cas, une infiltration sanguine a pu envahir les organes voisins, mais c'est dans le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal que se fait l'épanchement.

Nous pensons donc qu'il n'y a pas de divisions à établir, et nous chercherons à prouver que l'hémorrhagie est toujours intra-péritonéale.

DÉFINITION.

On donne le nom d'*hématocèle rétro-utérine* à un épanchement de sang intra-péritonéal contenu dans le petit bassin, entre l'utérus et le rectum, enkysté aux dépens des viscères pelviens, et dont les symptômes principaux appartiennent à la forme de péritonite appelée *péritonite hémorrhagique*.

FRÉQUENCE.

La maladie n'est pas très-fréquente; c'est à peine si, en réunissant toutes les observations, nous avons pu en compter cinquante.

Bon nombre de médecins n'en ont jamais observé.

Il n'existe pas d'observation positive de femme ayant été atteinte deux fois de cette affection.

La malade qui fait le sujet de notre observation 3 avait bien eu déjà une maladie analogue; mais nous ne pouvons nous prononcer, faute de renseignements suffisants.

SYNONYMIE.

On a encore donné à cette maladie les noms d'hématocèle péri-utérine, de tumeur sanguine du petit bassin.

CAUSES.

1° *Causes prédisposantes.*

Age. Sur un total de 33 observations où l'âge est mentionné, une seule femme est âgée de moins de 21 ans, et une autre de plus de 40 ans ; 29 ont de 21 à 35 ans, 15 ont de 27 à 32 ans. C'est donc à l'âge de 30 ans, pris comme moyenne, que les femmes paraissent le plus sujettes à ce genre de maladie ; c'est l'âge aussi où les passions sont chez elles le plus fortes.

Tempérament. 11 malades présentaient le tempérament nerveux, 5 le tempérament sanguin, 1 le lymphatique, 1 était sujette à des attaques d'hystérie.

Caractère. Cette question a attiré notre attention d'une manière toute spéciale.

Ayant été interne à Bicêtre, dans le service de M. Moreau (de Tours), dont je n'oublierai jamais la bienveillante affection, j'ai pu, dans le même hospice, suivre l'enseignement de mon bien-aimé grand-père, M. le Dr Félix Voisin, et, sous le bénéfice de leur savante direction et de leur expérience éclairée, étudier les désordres de l'intelligence. Depuis je me suis toujours appliqué à examiner attentivement l'influence des maladies sur l'état mental, et réciproquement.

Ici, en particulier, nous avons rencontré chez six de nos malades une impressionnabilité remarquable, une disposition notable aux passions les plus vives, qu'elles nous disaient avoir existé avant leur maladie.

Nous verrons, à propos des symptômes, que l'affection doit bien aussi avoir son influence sur le moral de ces femmes.

Constitution. Sur 18 observations où la constitution a été notée, 12 fois elle était forte, et 6 fois faible.

La force de la constitution coïncide parfaitement avec l'abondance du flux menstruel.

Menstruation. Dans 21 observations, la date de la première menstruation a été signalée.

Chez	5	femmes, c'est à	14 ans.
—	5	—	16
—	4	—	15
—	2	—	13
—	2	—	17
—	1	—	10
—	10	—	18
—	1	—	21

Comme on le voit, c'est entre 14 et 16 ans que, chez le plus grand nombre, le flux menstruel est apparu pour la première fois.

Sur 13 malades chez qui la succession des époques cataméniales a été observée, cette fonction était régulière 9 fois, et irrégulière 4 fois.

Dans 17 observations, la qualité du sang, son abondance, sa durée, et l'existence ou non de douleurs, ont été notées.

9 fois la quantité du sang était considérable.

4 fois elle était normale; 4 femmes perdaient des caillots.

9 fois le flux menstruel était accompagné de douleurs.

Chez	1,	l'écoulement a duré jusqu'à	30 jours.
—	3,	sa durée habituelle était de	8 —
—	1	—	7 —
—	1	—	6 —
—	1	—	5 —
—	1	—	4 —
—	1	—	3 —
—	2	—	2 —

Ainsi, sur 11 femmes, 7 perdaient pendant cinq jours au minimum, et sur ce nombre, 3 voyaient le flux durer huit jours.

Causes prédisposantes en rapport avec l'état physiologique et anatomique du système utérin.

Ponte spontanée. M. le professeur Nélaton, le premier, a admis que la ponte spontanée de l'ovule était une cause prédisposante de l'hématocèle rétro-utérine ; M. Laugier a développé cette théorie dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1855. Une des conclusions du savant professeur est celle-ci : « Pour que la maladie se produise, il faut non pas la congestion physiologique de l'ovaire, mais une congestion exagérée, amenée par des causes accidentelles. »

Pour faire accepter cette théorie, il fallait démontrer par des faits que le début de l'affection coïncide avec la période menstruelle. Or M. Laugier s'est appuyé sur sept observations, dans lesquelles cette coïncidence est parfaitement établie, et en a tiré cette autre conclusion : que le début se rapporte à la terminaison du flux menstruel, et que l'épanchement intra-péritonéal se fait au moment de la rupture de la vésicule de Graaf. M. Laugier se fonde sur la théorie de Bischoff, qui admet, on le sait, que la sortie de l'ovule de la vésicule ovarienne a lieu à la fin de la menstruation.

Mais le fait n'est pas admis aujourd'hui d'une manière aussi absolue.

Selon M. Longet (1), une vésicule de Graaf, arrivée à maturité, peut se rompre ou dès le début ou vers la fin, ou à un moment quelconque de l'écoulement périodique.

Nous allons plus loin : nous pensons que la rupture d'une vésicule de Graaf peut se faire en dehors de la période menstruelle, sous l'influence d'une excitation sexuelle.

Pendant que l'excitation a lieu, il peut se produire une congestion partielle de l'ovaire, analogue à celle qui a lieu, dans les mêmes circonstances, pour les testicules.

Ceci modifie peu l'ensemble de la théorie de M. Laugier; une chose est prouvée, c'est que la maladie coïncide le plus souvent avec le flux menstruel.

Comment expliquer dans cette théorie l'épanchement du sang de la vésicule dans le petit bassin? Par quelle cause occulte le pavillon de la trompe ne s'attache-t-il pas à l'ovaire, et ne conduit-il pas le sang ovarique dans la trompe? On peut expliquer ce phénomène contre nature par la présence d'adhérences, de lésions diverses, qui s'opposeraient au déploiement du pavillon, et à son rapprochement de l'ovaire. Notre ami bien regretté, Gustave Richard, a, dans sa thèse inaugurale, relaté des exemples d'adhérences du pavillon.

Nous pensons aussi que le mécanisme de l'épanchement péritonéal peut être le suivant : du sang sort de l'ovaire en plus grande quantité qu'à l'état normal; il pénètre dans la trompe au moment où elle embrasse la glande de son pavillon, et dilate le canal de l'oviducte; si la dilatation n'est pas en rapport avec la quantité de sang qui s'écoule, il se produit des éraillures de la trompe, de son pavillon, et finalement un épanchement péritonéal. L'explication

---

(1) *Traité de physiologie*, t. II.

que nous donnons nous paraît être en rapport avec la dilatation des trompes, dans leur tiers externe, signalée dans plusieurs autopsies, et en particulier dans l'observation 41.

Nous lisons dans plusieurs relations de nécropsie que la quantité de sang trouvé dans l'abdomen était de 200 à 1,000 grammes.

Or le sang que fournit l'ovaire à chaque menstrue n'égale certainement pas cette quantité. La quantité de sang rendue à chaque époque cataméniale par le vagin est, d'après Burdach, de 200 à 500 grammes; mais il provient et de la cavité utérine et de l'ovaire; par conséquent, la quantité de sang fournie par la vésicule de Graaf ne peut être appréciée, mais elle doit être bien minime. On est forcé, dans la théorie de M. Laugier, d'admettre une hémorrhagie comme complication de la ponte spontanée.

Sur 29 cas, nous en trouvons 10 où une perte abondante de sang a été un des premiers symptômes observés.

Il faut donc admettre, dans ces observations, une congestion de l'ovaire plus considérable que d'habitude.

Il nous semble que la théorie de MM. les professeurs Nélaton et Laugier rend compte de la plupart des faits d'hématocèle. La chute de l'ovule en est la cause prédisposante.

Ce qui précède, et l'ensemble des faits observés, tendent à démontrer que la période menstruelle est la plus favorable à la production de l'hématocèle rétro-utérine, surtout s'il intervient à ce moment des causes extérieures, telles que coups, violences, rapprochements et excitations sexuels; mais en dehors de cette époque, et chez une femme dont les plexus veineux ovariens sont ordinairement dans un état turgide, on est en droit de supposer qu'une excitation vénérienne puisse amener dans l'ovaire une congestion momentanée, capable de déterminer la rupture d'une vésicule de Graaf s'accompagner d'une hémorrhagie.

Mais, dans ce cas particulier, la trompe n'est plus appliquée sur l'ovaire, comme au moment de la menstruation. L'ovaire seul et ses

veines sont congestionnés ; la glande est bien soulevée par ces plexus turgescents, comme pour se porter au devant de la trompe ; mais l'oviducte ne participe pas de la congestion ; son pavillon n'embrasse pas l'ovaire, et le sang qui s'en écoule se porte dans la cavité péritonéale. Dans ce cas, la cavité de la trompe ne sera nullement modifiée.

Hémorrhagies des vésicules ovariennes. Une autre explication, ayant rapport aux causes prédisposantes, nous a été suggérée par un travail lu récemment à la Société de biologie par M. Ch. Robin. Le savant micrographe a décrit deux sortes d'hémorrhagies pouvant se produire dans les vésicules ovariennes : l'une, l'épanchement de sang périodique, accompagnant la rupture de la vésicule et la sortie de l'ovule ; l'autre, se formant dans une ou plusieurs vésicules à la fois, vers l'époque ou en dehors de la menstruation, sans que les vésicules se soient rompues et vidées de leur contenu ; la première seule est suivie de la formation d'un corps jaune.

Les vésicules altérées sont au nombre d'une, deux ou trois, dans les deux ovaires ; sont distendues par un caillot, et leur volume peut dépasser celui d'une noisette. Le coagulum qu'elles contiennent est mou et a la couleur de gelée de groseille foncée. M. Robin a rencontré cet état chez des femmes mortes de maladies aiguës, et ayant, l'une, 46 ans, et les autres, en moyenne 30 ans.

La membrane interne de ces vésicules altérées est rougeâtre, et, par places seulement, est marbrée de petites taches jaunes.

Les vésicules atteintes d'hémorrhagie se rencontrent aussi bien au centre, vers le point d'adhérence de l'ovaire au ligament large, que vers son bord libre.

M. Robin a noté que chez ces malades il y avait eu des phénomènes d'aménorrhée ou de dysménorrhée.

Peut-on trouver entre l'hématocèle rétro-utérine et ces hémorrhagies ovariennes une relation de cause à effet ? Nous ne serions pas éloigné de professer une pareille opinion.

Nous pouvons l'appuyer sur l'observation, et nous ferons remarquer que, sur 29 malades, 19 avaient offert des symptômes d'aménorrhée ou de dysménorrhée, plusieurs mois avant le début de la maladie. Les douleurs que signalent les femmes sont, dans tous les cas, rapportées aux parties latérales de l'hypogastre ; symptôme qui accuse un travail morbide dans le système utérin et plus particulièrement dans les ovaires. L'absence ou la diminution de flux menstruel semble prouver que la rupture des vésicules ovariennes ou ne se fait pas, ou se fait incomplétement.

La disposition pathologique signalée par notre savant maître M. Robin produit finalement un kyste sanguin, qui se développe ou vers la surface libre de l'ovaire ou vers sa face adhérente, et est identique alors à ce qu'on connaît sous le nom de kyste sanguin de l'ovaire ou du ligament large.

Nous pensons qu'un pareil kyste sanguin peut devenir cause de l'hématocèle rétro-utérine. Nous reprendrons donc ce sujet au chapitre des causes occasionnelles (p. 23).

Plexus utéro-ovariens ; leurs varices. — M. Richet a insisté d'une façon toute particulière, dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale, sur la disposition du plexus utéro-ovarien, sur les tumeurs variqueuses qu'il a eu l'occasion de rencontrer, et sur la part que doivent revendiquer ces anomalies dans la production de l'hématocèle rétro-utérine.

M. Richet invoque, à l'appui de sa théorie, plusieurs faits et se demande si la constipation ne prédisposerait pas aux varices des veines de la moitié gauche du ligament large, grâce à la compression exercée sur les veines ovariennes gauches par l'S iliaque remplie de matières fécales.

Voici, ce nous semble, plusieurs preuves à l'appui de l'opinion de M. Richet.

Nous avons fait l'autopsie, cette année, à l'hôpital Lariboisière,

d'une jeune fille de 19 ans, morte en six jours d'une méningite aiguë et qui avait présenté, le jour d'entrée, des symptômes d'aménorrhée. Le flux menstruel avait dû paraître le premier jour de la maladie.

A l'autopsie, le corps utérin présentait à sa surface externe une teinte livide constituée par de nombreuses arborisations. La muqueuse de la cavité du corps utérin offrait une teinte sanguine prononcée qui s'arrêtait précisément à l'union du corps et du col; ce dernier présentait la couleur rosée normale.

A la coupe, le tissu utérin laissait sourdre une notable quantité de sang, surtout vers le fond.

Sous les ovaires, et les supportant, étaient deux plexus veineux, de la largeur des ovaires: parmi les veines qui les constituaient, plusieurs étaient tellement saillantes qu'elles pouvaient paraître injectées artificiellement. Le plexus gauche était surtout remarquable. L'ovaire gauche présentait en deux points deux ecchymoses recouvertes par une lame très-mince. Les ecchymoses correspondaient à deux vésicules de Graaf, à surface interne tomenteuse, du volume de lentilles, et contenant du sang liquide et noirâtre. Le tissu des deux trompes était gorgé de sang dans le tiers externe.

En résumé, nous avons trouvé, dans ce cas particulier, des plexus utéro-ovariens très-développés, celui de gauche plus volumineux.

Nous avons examiné, chez toutes nos malades, l'état des veines des membres inférieurs; nous avons recherché l'existence ou non d'hémorrhoïdes. Une seule (obs. 19) était atteinte de varices.

La femme dont M. Bernutz rapporte l'autopsie dans sa 1re observation a présenté des varices des veines du rectum et de l'anus.

Puis, d'un autre côté, M. Péan, interne des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer quelques renseignements sur ce sujet, qu'il a été à même d'approfondir, dans un concours auquel il a pris part, à l'amphithéâtre des hôpitaux. Les candidats au prosectorat avaient à préparer les veines du bassin.

M. Péan a noté d'abord le volume énorme des plexus utéro-ovariens; mais, sur un sujet qui portait des varices très-considérables aux membres inférieurs et dans les parois du vagin, notre collègue n'a trouvé aucune dilatation morbide des veines utéro-ovariennes.

Quant à la constipation préexistante que M. Richet pense devoir prédisposer aux varices du ligament large, nous l'avons observée chez trois de nos malades (obs. 3, 4, 5); elle existait depuis plusieurs années.

Mais la constipation ne peut être admise comme prédisposition qu'autant que la tumeur se développerait du côté gauche. Or, chez les malades (obs. 3, 5), la tumeur était surtout volumineuse à droite, et, en général, le côté droit est le plus souvent affecté, puisque, sur un total de 23 observations, la tumeur s'est montrée 16 fois plus élevée à droite, et 7 fois plus élevée à gauche. Ces faits sont pour la plupart en contradiction avec la théorie de M. Richet. Il serait nécessaire, du reste, pour la combattre ou pour l'adopter, d'apporter à l'appui un plus grand nombre d'observations et de relations d'autopsie.

En résumé, les causes prédisposantes sont l'âge de 30 ans pris comme moyenne, le tempérament nerveux, le caractère irritable, l'abondance du flux cataménial, la turgescence habituelle des ovaires, la menstruation douloureuse, la ponte spontanée, la ponte provoquée, une affection spéciale des vésicules de Graaf, que M. Ch. Robin désigne sous le nom d'hémorrhagie des vésicules ovariennes, et les varices des plexus veineux sous-ovariens.

2° *Causes efficientes.*

Malgré l'obscurité qui ne peut manquer de régner sur tout ce qui concerne l'étiologie, nous avons cru devoir recueillir les dires de nos malades sur les causes de leurs maladies; plusieurs corroborent les idées théoriques que nous avons déjà énoncées.

Sur 40 observations, 20 fois la cause a été signalée. Chez six femmes, la maladie coïncidait avec un rapprochement sexuel, une fois seulement, on a noté qu'il avait eu lieu vers la fin du flux menstruel. 6 fois des violences, des efforts, sont notés; 2 fois ils ont coïncidé avec l'époque menstruelle ; 2 fois on a noté des émotions morales, des chagrins très-vifs ; une fois la cause était une grossesse tubaire ; une fois, une imperforation de l'hymen; 2 fois, des grossesses utérines.

Rapprochement sexuel, violences extérieures. On le voit, la plus fréquente des causes notées dans les observations connues est le rapprochement sexuel et une violence portée sur le bas-ventre. Le mode d'action de toutes deux est d'ailleurs le même. Elles ont pour effet de faire affluer vers les organes pelviens une quantité anormale de sang ; quand elles coïncident avec le flux menstruel, elles tendent bien davantage à produire ce raptus hémorrhagique nécessaire pour expliquer l'hématocèle rétro-utérine.

Dans le seul cas où la grossesse extra-utérine est notée comme cause, la rupture du kyste fœtal s'est faite à une époque très-rapprochée de la conception et s'est accompagnée d'une hémorrhagie intra-péritonéale.

Kystes sanguins ovariques. Nous avons déjà parlé, aux causes prédisposantes, des kystes sanguins ovariques. Ces kystes, arrivés à un haut degré de développement, peuvent, ce nous semble, être considérés comme produisant par leur rupture une hématocèle rétro-utérine.

Sur 14 autopsies, nous trouvons signalés 2 fois des kystes sanguins sous-ovariques contenus dans l'épaisseur du ligament large, et 2 fois des kystes sanguins attenant à un point de la surface libre des ovaires.

Leur mode de formation se trouve expliqué en partie, ce nous

semble, par la description que nous avons donnée des hémorrhagies des vésicules ovariennes (p. 19). La tumeur se développe ou bien vers la surface libre de l'ovaire, ou entre les deux feuillets du ligament large. Après un temps plus ou moins long, la tumeur a pris un volume notable ; elle s'est ou bien portée en arrière du ligament large et de l'utérus, où sa présence donne lieu aux phénomènes qui accompagnent les kystes de l'ovaire, ou bien elle s'est développée entre les deux feuillets d'un ligament large, et est descendue jusqu'auprès du vagin. Il y a des cas où ces kystes du ligament large ont été ouverts par une ponction vaginale.

Le sang qu'ils contiennent est exactement de même aspect que celui des hématocèles; il est analogue au sang épanché dans les cavités closes.

Ces kystes peuvent s'ouvrir dans la cavité péritonéale, et leur contenu produire une péritonite.

Solution de continuité des ovaires. On a signalé comme lésions trouvées à l'autopsie une solution de continuité d'un ovaire, et on en a conclu que telle avait été la cause déterminante de la maladie. Chaussier dit avoir trouvé, à l'autopsie d'une femme morte subitement, une plaie d'une veine ovarienne.

Mais les auteurs qui parlent de cette sorte de causes ne nous disent pas si les femmes ont succombé pendant ou peu après la menstruation, époque à laquelle la cicatrice du péritoine et de la vésicule de Graaf n'aurait pas eu le temps de se faire, ou bien si l'époque de la mort ne coïncide pas avec la période menstruelle. Jusqu'à ce que les renseignements soient plus précis, on n'est pas en droit de conclure que l'hémorrhagie s'est faite au moment de la ponte spontanée. Il serait à souhaiter que, dans les cas de mort subite, les ovaires fussent soigneusement examinés.

Exhalation sanguine. D'un autre côté, nous dirons que M. Tardieu, dans quatre cas de mort subite, a trouvé les ovaires parfaitement

intacts, et en a conclu que la mort devait être attribuée à une exhalation sanguine de la surface péritonéale des organes génitaux.

Reflux du sang de l'utérus dans la trompe et le péritoine. M. Bernutz a donné, dans son mémoire publié en 1848, une explication aujourd'hui peu admise; selon le savant médecin de la Pitié, le sang de la cavité utérine reflue dans les trompes, et de là tombe dans la cavité péritonéale. Cette opinion a été très-attaquée et est aujourd'hui peu en faveur.

On se refuse à admettre que l'orifice si étroit de la trompe, dans la cavité utérine, susceptible d'être rétréci par les contractions fibrillaires de l'oviducte, puisse laisser passer des liquides de l'utérus dans son canal et de là dans le péritoine.

D'autre part, nous trouvons, dans la *Gazette médicale* de 1857, plusieurs faits recueillis par M. de Martiartu et le Dr Guillier, relatifs à la pénétration de l'air dans le péritoine.

M. Richet, dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale, cite un cas identique.

Ces observations ont toutes été prises sur des femmes qui, pendant des injections vaginales, ont éprouvé des accidents subits se rapportant franchement à la péritonite.

M. Richet ne croit pas qu'il y ait eu pénétration du liquide dans le péritoine par la trompe, et les deux médecins que nous avons cités attribuent les accidents au reflux d'une colonne d'air dans la cavité utérine et la trompe, et à sa pénétration dans le péritoine.

Il est bien difficile de se faire une opinion à ce sujet. Voici, en effet, une observation tout à fait contraire, relatée par M. Raciborski (1) : « Une injection d'eau tiède fut poussée violemment dans la cavité utérine; l'utérus fut senti au-dessus du pubis, et la femme n'éprouva aucun accident. »

---

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 30 juillet 1857.

Il y a donc une telle différence entre l'air et les liquides, que le premier puisse passer par l'orifice utérin de la trompe, et que pour les seconds il soit infranchissable.

Nous nous contenterons de mettre en rapport des faits contraires, les uns favorables à la théorie de M. Bernutz, et les autres qui lui sont opposés.

Hémorrhagie venant d'un vaisseau quelconque de la cavité abdominale. Une dernière cause nous semble possible; une hémorrhagie prenant sa source dans un point de la cavité abdominale, sous une influence quelconque, pourrait déterminer un épanchement de sang dans le petit bassin, et par suite l'hématocèle rétro-utérine.

C'est ainsi qu'on a pu dire que l'hématocèle rétro-utérine peut avoir son analogue chez l'homme.

En résumé, les causes efficientes jusqu'ici mentionnées sont les violences exercées sur les organes génitaux : les kystes sanguins du ligament large, les solutions de continuité des ovaires, le reflux du sang de l'utérus dans le péritoine, et enfin toutes sortes de plaies des vaisseaux de la cavité abdominale.

Nous admettrons que plusieurs causes peuvent produire la maladie, et que la ponte spontanée, bien qu'étant la plus fréquente, n'est pas la seule à laquelle il faille la rattacher.

Point d'origine de l'épanchement du sang.

C'est dans la connaissance du point d'origine du sang qu'est le nœud de la question. Aussi dans toutes les autopsies, on a cherché à éclaircir ce point tant discuté. Il est certes possible, dans la plupart des cas de mort subite, de trouver la source du sang; mais, quand la mort ne survient que longtemps après le début, l'inflammation a tout désorganisé; aussi les recherches deviennent très-difficiles.

Chaussier, nous avons dit, a trouvé dans un cas de mort subite la rupture d'une veine ovarienne.

M. Fauvel (obs. 12) a noté la déchirure d'une tumeur sanguine attenant à une trompe utérine.

M. Fleuriot (obs. 13) a signalé la source ovarienne du sang épanché.

Ces trois autopsies ont été faites très-peu de temps après le début des accidents.

D'un autre côté, M. Tardieu a recherché en vain, nous l'avons dit, la déchirure des ovaires dans quatre cas de mort subite.

Le point de départ de l'épanchement sanguin paraît, dans six autopsies, être dans la rupture d'une grossesse extra-utérine (obs. 20) de kystes sanguins péri-ovariques (obs. 8, 10, 30, 36. 38).

D'autre part, nous rappelons le cas de rupture d'une varice du ligament large observée par M. Richet.

Ce sont là les seuls faits où l'origine du sang paraisse parfaitement établie. Il en résulte que la source du liquide épanché ne vient pas d'un seul organe, que l'ovaire nous paraît bien fournir dans plusieurs cas le sang épanché et que la ponte spontanée n'est pas la seule cause de la maladie.

Mode de formation de l'hématocèle rétro-utérine.

Quelle que soit la cause prochaine de la maladie, il se fait dans la cavité abdominale un épanchement de sang ou d'un liquide sanguinolent.

M. Nélaton a insisté sur la voie que doit suivre le liquide quand il provient de l'ovaire.

Il tombe naturellement en arrière du ligament large, entre l'utérus et le rectum, dans la cavité péritonéale, et dans un espace rempli par des anses intestinales, limitées en avant par les ligaments larges et l'utérus, en arrière par le rectum et les replis latéraux du péritoine, sur les côtés par la séreuse. A la partie supérieure, ce cul-de-sac est ouvert et est en communication large avec le reste de la cavité abdominale.

A peine quelques gouttes de sang ont-elles pénétré dans la cavité séreuse, qu'elle s'enflamme. Son inflammation a pour résultat d'établir aussitôt des adhérences entre tous les organes pelviens ou mieux entre leurs revêtements péritonéaux.

Les anses intestinales sont repoussées vers le détroit supérieur par la poussée du liquide qui s'épanche, ou surnagent par leur propre poids.

Le foyer sanguin s'enkyste rapidement, grâce à l'énergie de l'inflammation de la séreuse et à la formation d'adhérences celluleuses. Les parois de la tumeur se trouvent alors limitées en avant par les ligaments larges, en arrière par le rectum et le péritoine, en bas par le cul-de-sac utéro-rectal, en haut par les anses intestinales qui, par leur adhérence avec le fond de l'utérus, les ligaments larges, les ovaires, les trompes, les ligaments ronds et le péritoine qui tapisse les parties latérales du bassin, constitue pour le kyste une sorte de plafond résistant.

Parfois la tumeur se porte dans les fosses iliaques et s'y enkyste aussi aux dépens des anses intestinales.

La cavité du kyste peut rester uniloculaire, mais le plus souvent il se fait, d'un point à un autre, des jetées, des cloisons celluleuses qui s'organisent, deviennent fibreuses, et ont pu faire penser, dans quelques autopsies, qu'elles étaient constituées par le tissu cellulaire sous-séreux et faire croire à une hématocèle sous-péritonéale.

Il se fait, en résumé, dans la cavité pelvienne, ce qui a lieu dans la plèvre enflammée.

Dans quelques cas (page 17), le sang dilate les orifices péritonéaux des trompes et les canaux des oviductes, qui deviennent parties intégrantes du kyste. L'inflammation des trompes ne rend pas, du reste, imperméable l'oviducte, et la communication reste libre entre lui et la cavité utérine.

Le sang peut provenir de deux sources : ou des vaisseaux abdominaux, ou d'une tumeur sanguine ; il se comporte différemment dans les deux cas.

1° *Sang d'un vaisseau.* La description qu'a donnée M. le professeur Velpeau des changements que subit le sang en s'épanchant dans les cavités closes est applicable en tous points à ce qui se passe ici.

M. Robin a décrit aussi ce phénomène dans son *Traité de chimie anatomique.*

Le sang sépare en sérum et en un caillot. La résorption de ces deux corps peut se faire très-promptement, et la tumeur disparaître en l'espace de trois semaines à un mois (obs. 4).

Que si, après la résorption du sérum, le caillot reste stationnaire, il s'altère ; la fibrine et ses globules se ramollissent, prennent une couleur noirâtre que l'on a comparée à de la gelée de groseille, à de la suie délayée. Au microscope, les globules sanguins apparaissent flasques, déformés ; on aperçoit des fragments d'hématoïdine, résultat de l'altération de l'hématosine, et au milieu du liquide, des gouttelettes huileuses en notable quantité.

2° *Contenu d'une tumeur sanguine.* Que si une tumeur de cette espèce se rompt dans la cavité péritonéale, elle y verse un sang déjà altéré par son séjour dans une cavité close. Il est brun, couleur chocolat ou couleur suie ; ses globules, sa fibrine, sont ramollis ; il est analogue enfin à celui que nous venons de décrire, et par conséquent son changement de siége n'a d'influence que sur le péritoine. Il nous semble que dans ces cas la péritonite doit être plus violente que dans le premier. Il est admis en effet que le sang qui sort des vaisseaux est moins irritant que le sang déjà altéré.

SYMPTÔMES.

Début. Le début est variable, tantôt lent, tantôt rapide. Des douleurs abdominales ont, chez la plupart des femmes, accompagné le flux menstruel, plusieurs mois avant que la maladie fût déclarée.

Dans quinze observations, nous trouvons signalée l'irrégularité ou l'absence du flux cataménial, et une perte abondante de sang.

Neuf fois la maladie s'est déclarée subitement, sans symptôme précurseur appréciable; trois fois les malades ont ressenti tout à coup une douleur violente dans un point du bas-ventre et comparée à une sensation de déchirements de rupture. Les symptômes, au début, sont par conséquent la suppression ou l'abondance du flux cataménial, et une douleur subite en quelques cas.

Douleur. La douleur n'a jamais fait défaut : dans presque tous les cas, le siége de la douleur est borné à la cavité pelvienne, d'où cependant elle peut s'irradier dans le reste de l'abdomen.

Elle occupe une des fosses iliaques, ou bien la région sus-pubienne, ou bien l'une des aines, la région sacrée et même parfois les membres inférieurs, en suivant la direction des nerfs crural et sciatique.

La douleur acquiert au début son summun d'intensité, tantôt sous forme de coliques, tantôt avec le caractère *des vraies douleurs de l'accouchement.* La malade est en proie à une agitation des plus vives, ne sait qu'elle position prendre, sort de son lit qu'elle reprend bientôt, vaincue par la douleur. Elle est rémittente, caractérisée par des accès revenant de 5 en 10 minutes, augmentée par la pression et les divers mouvements que fait la malade. La douleur revêt quelquefois le caractère d'une pesanteur anale, et donne la sensation d'un corps étranger qui tend à s'échapper par la vulve ou le rectum ; dans d'autres cas, c'est un ténesme anal très-fatigant.

13 fois le caractère de douleurs expulsives est noté.

19 fois les douleurs sont appelées coliques.

6 fois la pesanteur anale est signalée.

Nous avons insisté sur l'acuîté très-intense de la douleur au début, caractère que la maladie emprunte à la péritonite qui l'accompagne.

La douleur persiste pendant toute la durée de la maladie, plus

ou moins vive, avec des exacerbations qui sont sous l'influence des péritonites successives qui entravent la marche régulière de la résolution de la tumeur. Elle se réveille aussi aux périodes menstruelles; que le flux cataménial s'écoule ou non, la malade est agitée par des douleurs piquantes, lancinantes, par des battements intrapelviens (obs. 19, 42), par une sensation de chaleur interne.

La recrudescence de la douleur aux époques menstruelles existe surtout pendant que la tumeur est encore volumineuse, mais elle persiste encore quelques mois alors même qu'il n'existe plus traces de tumeur.

La malade souffre au moindre effort, à la moindre marche. On le voit, la douleur est un phénomène constant; il commence et termine la scène morbide.

Augmentation de volume du ventre. C'est, après la douleur, le phénomène le plus important; elle nous a paru produite par deux causes, la présence de gaz retenus dans les intestins, et l'épanchement de sang dans le petit bassin.

Le malade de l'observation 3 insistait beaucoup sur la nature de ses douleurs qu'elle disait analogues à des coliques venteuses; et, du reste, la percussion, dans plusieurs des cas observés par nous, donnait un son tympanique à la partie supérieure de la masse abdominale. Chez cette même malade dont nous venons de parler, la percussion, pratiquée en avant de la tumeur, donnait un son tympanique.

Sur les malades des observations 5 et 19, nous avons pu, par la percussion, délimiter la direction occcupée par la fin de l'*S* iliaque et le commencement du rectum.

L'autopsie montre combien les anses intestinales sont entrelacées, adhérentes entre elles ou sur les viscères, et combien la circulation doit être embarrassée dans le gros intestin.

Cette disposition anatomique se joint à la constipation habituelle des femmes pour produire cet état de pneumatose.

Tumeur. La palpation du ventre ne peut être faite d'une manière précise dès le début. Le moindre toucher, la pression de la couverture, sont insupportables; aussi on ne peut constater tout d'abord que de la tension. Quelques jours après le début, le palper abdominal peut être pratiqué, et alors seulement le médecin constate dans l'excavation pelvienne la présence d'une tumeur; quelquefois elle a été reconnue de prime abord par la malade. Le plus souvent, elle arrive dès les premiers jours à son volume définitif.

Elle est tantôt comparée à une tête de fœtus de six mois, d'enfant à terme, tantôt à une pomme, à une orange.

Dans la plupart des cas, la tumeur fait saillir en avant la paroi abdominale antérieure, dépasse le détroit supérieur, et se rapproche de l'ombilic.

Dans 15 observations, la limite supérieure de la tumeur a été notée :

5 fois la masse remontait jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic;

2 fois jusqu'à quatre;

1 fois jusqu'à un travers de doigt;

1 fois jusqu'à deux;

1 fois jusqu'à cinq;

Et une seule à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Dans l'observation 5, le diamètre transversal de la tumeur était de 20 centimètres.

Elle s'étend latéralement dans les fosses iliaques, jusqu'à être distante de deux travers de doigt de l'une des épines iliaques antéro-supérieures (obs. 4).

La tumeur n'occupe presque jamais exactement la ligne médiane; son développement se fait inégalement à droite et à gauche; disposition que l'on constate aussi bien par le palper abdominal que par le toucher vaginal. Nous avons, à propos des causes prédisposantes, indiqué le nombre de cas où la tumeur existait à droite ou à gauche (p. 22).

Elle existe le plus souvent à droite. Dans la totalité des cas, sauf l'obs. 3, la percussion a donné une matité complète au niveau de la tumeur.

Consistance de la tumeur. La consistance varie suivant l'époque à laquelle on est appelé auprès de la malade.

Plus on est rapproché du début de la maladie, plus la tumeur est rénitente, molle. A mesure qu'on s'en éloigne, la masse prend une densité inégale; il s'y forme le plus souvent des bosselures, des reliefs, des noyaux durs, arrondis, séparés les uns des autres par des sillons.

14 fois, la tumeur était de densité inégale, molle, rénitente en certains points, dure et ferme en d'autres.

9 fois, la tumeur était fluctuante.

Parmi ces 9 malades, 3 ont été examinées trois semaines après le début ;

3 après quinze jours ;

1 après un mois;

1 aussitôt la maladie déclarée.

La tumeur est dans certains cas immobile, fixe, dans le bassin, et dans d'autres, au contraire, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité.

10 fois, l'immobilité a été signalée ;

7 fois, la masse était mobile.

Toucher. Par le toucher vaginal, on retrouve la tumeur en arrière de l'utérus, et séparée du doigt par les parois du vagin; le palper abdominal et le toucher combinés permettent d'affirmer que la tumeur sus-pubienne est la même que la tumeur vaginale.

Elle a du reste la même consistance; le flot, dans quelques cas, est perçu de la façon la plus évidente.

La masse pelvienne occupe la partie postérieure à l'utérus, et parfois le déborde latéralement; dans deux cas, la tumeur s'étendait en avant de l'utérus (obs. 13 et 42).

La grosseur est variable : ou elle occupe toute la largeur du canal pelvien, ou bien n'en a envahi qu'une partie, soit à droite, soit à gauche.

La masse s'avance plus ou moins vers le détroit inférieur.

La distance entre la tumeur et l'orifice vulvaire a été très-variable dans le petit nombre de cas où on l'a recherchée.

1 fois, la tumeur était distante de 3 centimètres de l'orifice vulvaire :

1 fois, de 3 centimètres et demi ;

1 fois, de 6 ;

1 fois, de 7.

La tumeur occupe, nous avons dit, l'espace compris entre le rectum et l'utérus, et parfois d'une façon tellement complète que le canal rectal en est aplati ou effacé, et que l'utérus est déplacé soit en avant, soit latéralement, soit en bas, soit en haut.

Dans quelques cas, nous avons senti à la surface de la tumeur vaginale un *battement artériel*, isochrone au pouls de la malade et paraissant se produire dans une artère du calibre de la radiale. Ce caractère est mentionné dans les observations 3, 40, 42.

Dans l'observation 2, nous avons signalé par le toucher vaginal et rectal des saillies arrondies en forme de cordons veineux entrelacés.

Examen au spéculum. L'examen au spéculum a fait reconnaître dans quelques cas rares la coloration violacée de la muqueuse du fond du vagin, une fois une coloration grise. M. Nonat pense que ce symptôme est propre aux hématocèles sous-péritonéales. Quoi qu'il en soit, ce signe est rare.

Nous l'avons observé deux fois (obs. 7, 42).

Par le *toucher rectal*, on constate que le rectum est comprimé ; on pourrait peut-être expliquer ainsi la constipation et la pesanteur anale dont se plaignent les malades.

La tumeur est appliquée étroitement sur l'intestin ; elle se présente là avec les mêmes caractères de volume, de siége, de consistance, que nous avons déjà signalés.

Il est rare que par le toucher rectal, on puisse déterminer la limite supérieure de la masse pelvienne.

Examen de l'utérus. L'utérus participe toujours à l'affection pelvienne soit comme modifications de tissu, soit comme changement de position.

Le col n'est jamais dans sa position normale.

Dans 29 observations, la position du col utérin est signalée.

23 fois, le col est porté en avant, vers la face postérieure du pubis;

5 fois, le col est dévié à droite;

1 fois, à gauche;

1 fois, abaissé.

Nous avons noté, dans nos observations, la distance qui sépare le col de l'orifice vulvaire; dans tous les cas, la distance a été 6 centimètres au maximum, et 4 centimètres au minimum.

Elle a été 2 fois de 4 centimètres;

1 fois, de 6;

2 fois de 5.

Or la distance normale varie de 4 à 6 et demi.

Le col est quelquefois aplati contre la face postérieure du pubis.

Dans d'autres cas, le doigt arrive avec difficulté au fond d'un cul-de-sac, d'une sorte de canal courbe limité en avant par le pubis, et en arrière par les parois du vagin repoussées par la tumeur.

L'orifice vaginal du col est souvent entr'ouvert; son tissu est mou dans certains cas.

Il paraît fixe, immobile, dans sa nouvelle position.

La place qu'occupe le corps utérin est le plus souvent impossible à préciser.

Dans deux cas par nous observés (obs. 5 et 41), nous avons pu reconnaître le fond utérin enchâssé entre deux tumeurs latérales, et dans l'observation 5 en particulier, le corps de l'utérus a conservé, un mois après la disparition de la tumeur, une position qui permettait de le sentir au-dessus du pubis.

Dans les autres observations, l'utérus a repris son siége normal, aussitôt la diminution notable de la tumeur.

Quant au *mouvement ascensionnel* de l'utérus, MM. Prost et Cestan ont relaté chacun un cas où l'élévation du fond de l'utérus au-dessus du pubis a pu être déterminée. Nous verrons, à l'article *Diagnostic*, que M. Prost, en particulier, a regardé ce symptôme comme pathognomonique d'une espèce d'hématocèle rétro-utérine.

Une seule chose nous semble prouvée dans la position du corps utérin, c'est sa projection en avant. Dans un très-petit nombre de cas, on a signalé un mouvement d'élévation ; le col utérin serait alors presque inaccessible au doigt, et nous avons vu qu'il n'en est pas ainsi.

Troubles des voies digestives. Dès le début, la malade éprouve des nausées, souvent des vomissements bilieux; ces deux phénomènes varient beaucoup, du reste, suivant que la maladie est aiguë ou subaiguë. Tout d'abord l'appétit manque, mais il renaît après quelques jours.

Dans tous les cas que nous avons observés, la soif était très-intense et me parut devoir être attribuée à cette anémie profonde dans laquelle sont tombées les malades.

On observe toujours du tympanisme. La constipation est un des signes les plus constants; elle persiste longtemps, ainsi que le tympanisme, après la disparition de la tumeur.

Les malades des observations 5 et 19 s'en plaignaient encore, la première, trois mois , la seconde, cinq mois après la guérison.

Nous croyons, comme le pensait Broussais, que tout d'abord la constipation tient à la diminution de contractilité des fibres musculaires, forme de paralysie accompagnant, on le sait, l'inflammation dans quelques cas, et en particulier l'inflammation de la séreuse péritonéale.

Plus tard, à l'époque à laquelle toute trace de tumeur a disparu, nous croyons à une sorte de paresse du rectum, qui a sa cause première dans l'usage continuel des lavements pendant la maladie,

dans cette disposition spéciale des femmes à être constipées, et dans l'état inflammatoire antérieur.

Quant à la rétention de gaz dans le gros intestin, nous pensons qu'elle tient à la position, à la direction vicieuses que conservent le rectum et l'*S* iliaque adhérents entre eux ou avec l'intestin grêle et les organes pelviens, et aux causes que nous venons de signaler.

Sur 22 observations,

19 fois la constipation est signalée,

3 fois les selles étaient faciles ;

Le ténesme anal est un symptôme noté 6 fois.

Les malades sont très-tourmentées par cette sensation morbide.

Dysentérie. Nous avons été à même d'observer un symptôme que nous ne trouvons signalé nulle part avant nous.

Les malades qui font le sujet des observations 4 et 41 ont été atteintes de dysentérie; chez elles la maladie s'est déclarée pendant leur séjour à l'hôpital.

Chez la première, les symptômes de dysentérie sont apparus neuf jours après le début de la maladie, et ont duré cinq jours.

Chez la seconde, ils se sont montrés deux mois et demi après le début, et ont duré un mois.

Chez ces malades, la dysentérie nous a paru jouer un grand rôle dans la rapidité de résorption du liquide épanché.

Chez la première, la tumeur avait notablement diminué cinq jours après le début de la dysentérie; chez la seconde, dix-neuf jours après.

L'inflammation dysentérique nous a semblé concourir, dans ces cas, à la guérison.

Les fonctions des vaisseaux du bassin sortent, pour ainsi dire, de l'état de stupeur où les avait plongées l'épanchement sanguin.

La circulation se ranime, s'exagère même, et l'absorption fait rentrer dans la masse du sang le liquide épanché.

Est-ce une métastase, est-ce une révulsion, qui se passent sous les

yeux de l'observateur? Nous croirions plutôt à une révulsion; mais, dans tous les cas, le fait existe, et il nous a semblé très-intéressant d'y insister.

Une objection vient naturellement à l'esprit: le mucus sanguinolent, le flux dysentérique, ne proviendraient-ils pas de la tumeur qui se serait ouverte dans le rectum? Nous n'y répondrons que par un seul argument: si la tumeur s'était rompue dans le rectum, le sang qui sort de l'anus serait noir, couleur de suie, tandis qu'il n'en est rien, et d'ailleurs l'autopsie de la femme (obs. 41) morte d'un phlegmon gangréneux de la fesse a démontré qu'il n'y avait pas de communication entre le kyste et le rectum.

La *miction urinaire* ne reste pas normale; l'urine est rouge, d'une teinte sanguinolente, qu'elle emprunte au sang qui baigne les grandes lèvres, et provoque dans quelques cas une sensation de cuisson.

Le ténesme vésical est très-fréquent;

Il est noté 12 fois.

Les femmes éprouvent de 10 à 20 fois en vingt-quatre heures le besoin d'uriner.

La vessie ne peut, en effet, se distendre; la place que lui laisse l'utérus, déplacé lui-même, est trop petite pour permettre à l'urine de s'y accumuler: aussi le besoin d'uriner se produit-il très-fréquemment.

6 fois on a observé de la rétention d'urine; le canal de l'urèthre se trouve comprimé, aplati contre la symphyse pubienne, comme l'est le col utérin lui-même.

Sur 22 cas où la miction est notée, 2 fois seulement elle n'a rien présenté d'anormal.

Les *membres inférieurs* sont parfois le siége de douleurs qui suivent le trajet du crural ou du nerf sciatique, d'engourdissements et d'œdème, tous symptômes affectant le côté correspondant à la portion la plus volumineuse de la tumeur pelvienne.

Les douleurs nous paraissent résulter de la compression des nerfs par la tumeur.

Elles ont été notées 3 fois ; l'œdème a été observé par nous 2 fois (obs. 40, 41).

La compression de la tumeur, alors surtout qu'elle s'est transformée en masses dures, est bien suffisante pour apporter un obstacle à la circulation veineuse.

La *position* de la malade n'est notée dans presque aucune observation ; il nous a semblé cependant intéressant de nous expliquer pourquoi la plupart des femmes se tenaient dans le décubitus dorsal et ne pouvaient supporter la position assise (obs. 3, 4, 5, 7, 19, 42).

Cette position paraît être une conséquence de la péritonite que l'on observe au début de la maladie ; la douleur produite par les moindres mouvements en est la cause immédiate.

Les *symptômes généraux* sont en rapport avec le plus ou moins d'acuité de la maladie ; ils acquièrent, dès le début, leur summum d'intensité.

Les frissons, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, qui peut battre jusqu'à 120 fois par minute, sa petitesse, l'agitation, l'anxiété, la prostration, sont les symptômes les plus saillants, et sont du reste ceux d'une péritonite par perforation.

La décoloration rapide de la peau survient dès le début de la maladie.

La peau est pâle, d'un blanc mat le plus souvent, quelquefois d'un jaune-paille qui se rapproche de la teinte cancéreuse.

La malade qui fait l'objet de l'observation 5 avait été regardée par un observateur inattentif comme atteinte de cachexie cancéreuse. C'est un fait du reste sur lequel M. Nélaton a déjà appelé l'attention.

Dans 24 cas, la couleur de la peau a été notée : 18 fois elle était pâle ou d'un blanc mat, 6 fois d'un jaune-paille.

La muqueuse palpébrale et labiale est souvent aussi décolorée.

Cette décoloration de la peau survient très-rapidement après les premiers accidents. Parmi nos malades, quatre l'avaient observée avant leur entrée à l'hôpital, le lendemain ou le surlendemain du début de l'affection.

L'altération des traits se produit aussi avec une très-grande rapidité ; la face est grippée, exprime l'anxiété.

Au milieu de leurs souffrances, les malades ne perdent que rarement l'usage de leur intelligence ; le coma a été noté une fois (obs. 6).

En résumé, les symptômes de la maladie sont, dans le début, analogues à ceux d'une péritonite par perforation à forme hémorrhagique. Tout d'abord une douleur atroce, augmentée par la moindre pression, par le plus léger mouvement, ayant son siége principal dans la cavité pelvienne, comparée aux douleurs de l'accouchement, augmentant à chaque période menstruelle, durant tout le temps de la maladie ; la douleur se complique parfois d'une sensation très-fatigante de pesanteur anale ; puis la malade ou le médecin constate l'existence d'une tumeur qui s'est formée dans les premiers jours de la maladie, tumeur faisant saillie au-dessus du pubis, remontant plus ou moins haut vers l'ombilic, plus volumineuse ordinairement du côté droit de l'hypogastre que du gauche, pouvant s'étendre jusqu'en avant des fosses iliaques.

La tumeur est mate à la percussion ; pendant les premiers jours, elle est molle et fluctuante, et plus tard ordinairement irrégulière, de densité inégale.

La tumeur est sentie par le toucher vaginal, repoussant en avant le col utérin, aplatissant en arrière le rectum, tendant fortement les parois du vagin quelquefois violacées, remplissant le plus souvent exactement le détroit inférieur, et s'avançant en moyenne à 4 centimètres de l'orifice vulvaire.

Le col est lui-même distant en moyenne de 5 centimètres de l'orifice vulvaire, porté fortement en avant contre la face postérieure de la symphyse pubienne.

La miction urinaire, l'excrétion des matières fécales, sont gênées ; il y a ténesme vésical d'une part, et constipation de l'autre.

Les symptômes généraux sont ceux d'une péritonite : nausées, vomissements, frissons, fièvre intense, pouls abdominal, facies hip-

pocratique. A ces phénomènes généraux, se joint une décoloration rapide de la peau, qui prend une teinte d'un blanc mat.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

La marche de la maladie est variable ; tantôt elle débute avec une grande violence, tantôt les symptômes sont ceux d'une maladie subaiguë.

La tumeur arrive, dans presque tous les cas, à son plus grand volume dès le début ; en quelques jours, il se forme dans la cavité abdominale une masse pouvant être comparée à une tête d'enfant à terme.

La rapidité de formation et le volume si considérable nous semblent plaider beaucoup en faveur de l'idée que toutes les hématocèles sont intra-péritonéales.

Comment supposer que le péritoine puisse en si peu de temps être décollé ou distendu par l'épanchement sanguin.

Il y a en outre, dans la marche de la maladie, une bien forte présomption en faveur du siége intra-péritonéal.

En effet, la plupart des malades nous ont présenté, pendant leur séjour à l'hôpital, des exacerbations consistant en frissons, sueur, chaleur (fréquence et petitesse du pouls), douleurs abdominales très-vives ; cette succession intermittente d'accidents aigus n'est-elle pas le propre des inflammations des séreuses et de la séreuse péritonéale en particulier.

Dans quelques cas rares, la tumeur a augmenté pendant le séjour à l'hôpital, et on a noté la coïncidence de cet accroissement avec une période menstruelle.

M. le Dr Gallard en a cité un exemple très-authentique, qui est, nous le répétons, une exception à la règle.

Quoi qu'il en soit, à partir du moment de sa formation, la maladie tend ordinairement à diminuer.

Elle devient dure, de densité inégale ; la fluctuation, la rénitence, disparaissent peu à peu. En effet, le sang se transforme en caillots et en sérum; le sérum se résorbe, les caillots ne disparaissent que plus tard.

Mais, dans certains cas, la fibrine ne se résorbe pas et s'altère; au sang épanché, se mêle de la sérosité sécrétée par le péritoine enflammé : il en résulte une bouillie noirâtre, visqueuse, comparée à de la suie délayée, à de la mélasse, à de la gelée de groseille.

Dans le premier cas, la tumeur a une grande tendance à se résorber d'elle-même; le temps que la nature emploie à la guérison est du reste ordinairement très-long. Nous retrouvions un noyau d'induration huit mois après le début (obs. 5), et six mois après (obs. 19).

Dans le second cas, la nature morbide du liquide entretient l'inflammation dans la poche rétro-utérine, et peut provoquer l'ulcération de ses parois et l'évacuation spontanée.

La *durée* de la maladie est très-variable.

Dans 10 cas de guérison, la date indiquée est :

3	fois après	3	mois.
2	—	4	—
2	—	6	—
1	—	8	—
1	—	6	semaines.

Dans 10 cas de mort, la date est :

3	fois au bout de	3	mois.
1	—	4	—
1	—	8	—
1	—	15	jours.
1	—	10	—
1	—	7	—
1	—	4	—
7	fois la mort a été subite.		

En effet, dans quelques cas rares, la violence des accidents qui accompagnent l'hémorrhagie intra-pelvienne a déterminé une mort subite.

Nous savons bien qu'il n'y a pas positivement dans ces cas hématocèle ; la tumeur n'a pas eu le temps de s'enkyster. Mais, comme toutes les hématocèles ont débuté par un épanchement de sang qui ne s'est enkysté que plus tard, nous ne croyons pas sortir de la question en insistant sur cette partie du sujet.

C'est Chaussier qui, le premier, dans les *Mémoires et consultations de médecine légale,* a parlé de ce genre de mort subite.

« Une femme, enceinte de cinq mois environ, fait un voyage, qui dure une partie de la journée, sur un chemin rempli d'ornières et dans une charrette non suspendue ; elle est rudement cahotée, en éprouve une grande fatigue, et meurt subitement la nuit suivante.

« Il y avait dans la partie profonde de l'abdomen, sous le péritoine, du côté droit, une grande quantité de sang noir, en partie fluide, en partie coagulé, qui était infiltré, ramassé en foyer, et formait une longue et large tumeur qui, de la fosse iliaque du côté droit, s'élevait jusqu'à la hauteur du rein et avait près de 5 pouces de largeur. Nous reconnûmes évidemment que l'effusion du sang avait été produite par la rupture d'une des veines de l'ovaire droit. »

Dans l'observation 21, la mort a été subite.

Dans les *Annales d'hygiène publique,* juillet 1854, M. le Dr Tardieu a relaté les deux faits suivants :

« Nous avons rencontré deux exemples de ces épanchements singuliers de sang dans le petit bassin, développés en arrière de l'utérus, chez deux jeunes femmes qui, atteintes de cette affection en dehors de toute conception, de toute tentative d'avortement, succombèrent avec une telle rapidité, que, chez toutes deux, des soupçons d'empoisonnement suscitèrent des poursuites judiciaires, sans qu'aucune autre cause de mort que celle que nous avons signalée pût être constatée. »

La première femme était mariée depuis trois semaines. De l'aveu du mari, la maladie put être attribuée à des excès de coït.

La seconde était une jeune juive, qui tomba frappée à la suite d'excès de coït commis avec des étudiants.

A ces renseignements oraux qu'à bien voulu nous communiquer notre excellent maître M. Tardieu, nous ajouterons qu'une troisième femme, dont il a fait l'autopsie, a succombé après avoir reçu sur la hanche gauche un coup de pied de son mari.

M. Tardieu a, dans ces trois cas, examiné les ovaires, et n'y a rien trouvé qui pût expliquer l'hémorrhagie; pour lui, il pense qu'elle est due à une exhalation sanguine de la surface interne de la cavité pelvienne.

Quant à la cause de la mort, on pourrait admettre ou bien, comme le pense M. Tardieu, qu'elle est le résultat de la douleur, ou bien qu'elle est consécutive à la perte abondante de sang que fait la malade en un temps très-court.

La *terminaison* par la mort est rare par rapport aux cas de guérison. Quand le médecin abandonne la maladie à elle-même, la guérison est presque la règle; la mort est fréquente quand on veut évacuer le liquide par le vagin.

Nous compléterons notre idée au chapitre qui aura trait au traitement.

Que si on abandonne le soin de la guérison à la nature seule, on observe plusieurs terminaisons :

1° La résorption de la tumeur;

2° L'évacuation du liquide par le rectum ;

3° L'ouverture du foyer dans le vagin ;

4° L'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale.

1° *Résorption de la tumeur*. Dans les 23 cas où l'art n'est pas intervenu, la résorption de la tumeur s'est faite 13 fois.

L'époque à laquelle a eu lieu la résorption complète est signalée 7 fois.

2 fois,	après	1 mois	½ de maladie.
3	—	4	—
1	—	6	—
1	—	8	—

La résolution du liquide épanché se fait d'une façon spéciale.

La masse, qui tout d'abord était rénitente, fluctuante, se durcit. Loin d'augmenter aux époques menstruelles, comme on aurait pu le supposer théoriquement, elle diminue; dans les intervalles, au contraire, elle reste stationnaire. Son mode de décroissance ne se fait donc pas d'une façon continue, mais bien par retraits successifs, correspondant aux périodes cataméniales.

Ainsi, dans l'observation 5, nous avons noté une notable diminution après une première menstruation. Après la troisième, nouvelle diminution; après la quatrième, la tumeur est tombée du volume d'une pomme de moyenne grosseur à celui d'un œuf de poule; après la sixième époque, le volume se réduit à celui d'une noix et enfin disparaît quelques jours plus tard.

Nous avons observé la même marche chez la femme S... (obs. 19): diminution très-notable de la tumeur après la deuxième époque menstruelle, observée à l'hôpital; après la quatrième menstruation, la masse est réduite à des proportions minimes; après la sixième, la tuméfaction a entièrement disparu.

Chez la malade C... (obs. 42), la tumeur disparaît rapidement après la deuxième époque menstruelle.

Voici donc un fait, que l'épanchement se résorbe principalement au moment du flux cataménial.

L'explication à donner à cette coïncidence est, à notre avis, identique à celle que nous avons donnée à propos de la dysentérie.

La menstruation est accompagnée d'un mouvement fluxionnaire qui ranime l'absorption dans le système utérin et favorise ainsi la résolution de la tumeur. En même temps que la tumeur diminue, la

fièvre tombe, les douleurs diminuent ; la miction urinaire et la défécation deviennent plus faciles. L'appétit revient, la peau se colore de nouveau, le décubitus se fait indifféremment d'un côté ou de l'autre ; et la femme se sent renaître si promptement à la santé qu'elle se lèverait du lit, sans les avertissements du médecin. La malade D... (obs. 3) voulut, à peine guérie des premiers accidents, sortir de l'hôpital et vaquer à ses affaires de commerce : elle éprouva une rechute très-grave.

Dans le plus grand nombre de cas, au contraire, la résolution ne s'accompagne pas d'accidents ; mais le repos au lit est indispensable.

Pourquoi la tumeur se résorbe-t-elle spontanément chez certaines malades, et pourquoi, dans d'autres observations que nous allons examiner, la tumeur se vide-t-elle par le rectum, le vagin ou dans le péritoine?

Est-ce, comme nous l'avons déjà dit à propos de la marche, que dans les cas de résorption, l'inflammation péritonéale se restreint dans certaines limites, et que le sang ne se transforme pas en une bouillie de nature irritante qui détermine, dans un point de la poche, une inflammation ulcéreuse?

Cette question est bien difficile à résoudre. Nous dirons seulement que, dans les cas de résorption spontanée que nous avons observés, la tumeur n'a pas cessé jusqu'au dernier moment de conserver une dureté remarquable.

Il se passe là un phénomène qu'il nous semble bien difficile d'expliquer de manière à nous satisfaire.

2° *Évacuation du liquide par le rectum.* Sur 23 cas où le mode de terminaison spontané a été signalé, 5 fois le liquide s'est évacué par le rectum.

Quelques jours avant (quinze jours, obs. 40), la fièvre se rallume, la peau est brûlante ; le pouls est plein, fréquent ; de la céphalalgie se déclare ; des coliques vives, du ténesme, fatiguent la malade et l'agitent. Puis il s'écoule par l'anus un liquide que notre malade

compara tout d'abord à de la gelée de groseille. Le flux anal se fait d'une façon continue. Quelques heures après le début de l'écoulement (dix heures, obs. 40), la tumeur diminue d'une façon très-sensible, la fièvre disparaît rapidement dans le cas de guérison, et, peu de jours après le début de l'écoulement, la malade est entièrement guérie (obs. 40), etc.

Les choses ne se passent ni aussi rapidement ni aussi heureusement dans quelques cas.

Ainsi la malade (obs. 1re) a perdu, pendant seize jours, du sang noir par l'anus, et la quantité a pu être évaluée à plus de 4 litres.

Dans un autre cas (obs. 25), la fièvre a augmenté, le pouls est devenu petit, a battu de 120 à 140 pulsations par minute. La malade éprouva des frissons, la fièvre prit le caractère hectique, les traits se décomposèrent, la peau devint terreuse, les douleurs abdominales augmentèrent, et la malade mourut d'une infection putride, que l'on regarda comme produite par l'introduction de gaz ou de matières fécales dans la poche rétro-utérine. Cette terminaison est du reste très-rare ; sur les 5 cas d'évacuation rectale que nous avons signalés, la mort n'est survenue qu'une fois. Nous avons sous les yeux une seconde observation, recueillie dans le service de M. Guérard (1). Ce petit nombre de morts nous permet de dire que l'ouverture du foyer dans le rectum n'est pas très-redoutable. Nous noterons un détail qui a son importance au point de vue du pronostic.

Le liquide qui s'échappe par l'anus (obs. 1, 40) est d'une odeur très-fétide, qui pourrait faire croire à l'existence d'un état putride de la poche. Il arrive ici ce qui se passe pour les abcès de la marge de l'anus :

Le voisinage du rectum communique au pus de ces abcès, comme au sang des hématocèles, une odeur *sui generis* repoussante.

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 8 mars 1856.

3° *Ouverture du foyer dans le vagin.* Sur le total de 23 cas, l'évacuation s'est faite deux fois par le vagin.

Le résultat a été heureux dans les 2 cas.

L'ouverture dans le vagin a été précédée, chez la malade de l'observation 22, de nausées, de vomissements, de fièvre et de douleurs.

Aucun phénomène morbide n'a été signalé dans l'observation 23.

Il s'écoule par le vagin du sang noir, visqueux, en quantité variable; la tumeur a diminué dans un cas très-rapidement; dans l'autre, la poche rétro-utérine s'est vidée à deux reprises différentes.

4° *Épanchement du liquide dans la cavité péritonéale.* Sur les 23 cas, ce genre de terminaison est signalé 4 fois, et la mort a suivi de près l'épanchement péritonéal; cet accident est survenu :

1 fois	4 mois	après le début de la	maladie.
1 fois	3 mois	—	—
1 fois	15 jours	—	—
1 fois	10 jours	—	—

L'épanchement du liquide détermine une péritonite suraiguë, comme avait fait, au début de la maladie, l'épanchement sanguin; mais, dans le premier cas, la mort est la règle, tandis que dans le second elle est l'exception. Le sang, en effet, qui a séjourné hors des vaisseaux pendant un certain temps devient noir, visqueux, ses globules se déforment; le liquide contient de l'hématoïdine, produit d'une altération du sang; il devient, en un mot, un vrai corps étranger dans la cavité péritonéale.

Au contraire, le sang qui s'épanche dès le début, et qui provenait d'un ou de plusieurs vaisseaux, n'amène pas une péritonite ordinairement mortelle. l'inflammation reste le plus souvent bornée dans des limites raisonnables. Le sang qui sort des vaisseaux a certainement une influence moins irritante sur la sensibilité de la séreuse.

D'autre part, dans le cas où il se fait une rupture de la poche dans le péritoine, il nous semble que l'équilibre n'a pas eu le temps de se rétablir entre les diverses fonctions; les traces profondes de maladie persistent dans l'organisme, et la femme n'a plus une force de réaction suffisante pour lutter contre un pareil accident.

Pour nous résumer, nous dirons que la marche de la maladie est le plus souvent rapide, que sa résolution se fait surtout par retraits successifs coïncidant avec les époques menstruelles, que sa durée est en moyenne de quatre mois; que la mort est parfois subite, que la guérison est la règle, quand on abandonne la maladie à elle-même; que dans ce cas, ou bien la tumeur se résorbe, ou bien la poche se vide par le rectum, par le vagin; très-rarement elle s'ouvre dans la cavité péritonéale.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine repose sur l'abondance ordinaire du flux menstruel, le rapport entre le début de l'affection et la menstruation, la marche rapide des accidents, leur ressemblance avec ceux d'une péritonite, le développement énorme et rapide de la tumeur, l'état anémique presque instantané, la projection du col utérin en avant, la présence d'une tumeur rétro-utérine, et le caractère des douleurs, que les malades comparent aux douleurs de l'accouchement.

La rapidité des accidents est en rapport avec ce qui se passe dans une péritonite par perforation.

Le développement rapide de la tumeur indique qu'il s'est épanché un liquide dans le péritoine.

L'anémie subite me semble prouver que le liquide épanché est du sang.

Nous croyons qu'en s'appuyant sur ces symptômes pathognomoniques et se basant sur ces idées, l'observateur pourra arriver sûrement au diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine.

L'étude des antécédents, de la marche de la maladie, est pour nous au moins aussi importante que celle des phénomènes locaux.

Nous croyons devoir proscrire énergiquement la ponction exploratrice qui, chez la malade F... (obs. 2), a déterminé des accidents d'infection putride. Combien d'autres tumeurs se sont enflammées après l'emploi d'une semblable méthode. Ne diagnostiquer les tumeurs qu'après en avoir extrait une portion, c'est abaisser l'art, et rendre inutile l'observation des malades.

Aujourd'hui les médecins emploient l'hystéromètre comme moyen de diagnostic. On s'assure ainsi, après avoir introduit l'instrument dans la cavité utérine, que la tumeur pelvienne n'est pas formée par la dilatation de l'utérus, et en est indépendante. Ce moyen est surtout bon à distinguer l'hématocèle rétro-utérine d'une rétroflexion de la matrice. Avant d'examiner la malade, il faut avoir eu soin de vider la vessie et le rectum.

Existe-t-il une hématocèle intra-péritonéale et une hématocèle extra-péritonéale? M. Prost admet cette division et a donné des signes de diagnostic.

Quand la tumeur est sous-péritonéale, l'utérus est élevé vers l'hypogastre ; si elle est intra-péritonéale, l'utérus est abaissé. Nous répondrons que pour affirmer cette opinion, il aurait fallu mesurer la distance qui sépare le col de l'orifice vulvaire, ce qui n'a pas été fait par l'auteur. Rien n'est si trompeur que le toucher, que la vue, même quand il s'agit d'apprécier les distances.

Nous avons déjà dit que la distance du col utérin à l'orifice vulvaire avait été dans 5 cas de 5 centimètres en moyenne ; or la distance normale est de 4 et demi à 6 et demi.

Il nous semble qu'il n'est pas possible de fonder une distinction sur une différence de 1 centimètre au plus. Si l'utérus subissait un mouvement ascensionnel, on pourrait le sentir au-dessus du pubis ; or, dans les observations 7 et 42, qui seraient pour M. Prost des

hématocèles sous-péritonéales, le fond de l'utérus n'avait pas remonté au-dessus de l'os pubien.

En outre, si l'hématocèle était sous-péritonéale, nous ne pourrions nous rendre compte comment, dans les cas de tumeur atteignant l'ombilic, le péritoine aurait pu être décollé ou distendu dans une si grande étendue.

Une troisième raison à donner contre cette opinion est que la maladie se comporte comme une péritonite; aucun symptôme n'y manque en effet.

La maladie nous paraît différer complétement des affections pelviennes sous-séreuses, et son principal caractère à noter comme diagnostic, c'est sa marche, qui est entièrement semblable à celle de la péritonite hémorrhagique, telle que la décrit Valleix.

Phlegmon péri-utérin, péritonite partielle, abcès rétro-utérin. Le phlegmon péri-utérin, que MM. Bernutz et Goupil ont démontré être, dans la plupart des cas, une péritonite partielle, est la maladie que l'on peut le plus aisément confondre avec l'hématocèle rétro-utérine.

Et d'abord ces deux affections ont pour siége la cavité péritonéale; dans les deux, il s'établit des adhérences entre les anses intestinales et les organes pelviens; l'une et l'autre se décèlent par une tumeur post-utérine et par des douleurs pelviennes très-violentes. Mais, dans la péritonite partielle, les accidents ne sont pas aussi souvent en rapport avec la menstruation, ne coïncident pas avec une métrorrhagie, n'arrivent pas tout d'abord à leur summum d'intensité; la tumeur ne s'est pas formée dès le début, la peau ne prend pas subitement la teinte anémique; la masse, dure d'abord, devient plus tard molle et fluctuante, tandis que le contraire se fait dans l'hématocèle; les symptômes généraux suivent une marche ascendante inverse de celle de l'hématocèle. Le phlegmon est très-souvent consécutif à un accouchement ou à un avortement. L'existence antérieure d'une inflammation dans un point quelconque de l'appa-

reil génital est une forte présomption en faveur du phlegmon péri-utérin (1).

Ce diagnostic cependant est très-difficile à établir; nous en donnons une preuve en publiant une observation d'une malade qui était atteinte d'abcès rétro-utérin, et que M. le professeur Nélaton confondit avec une hématocèle rétro-utérine. Combien nombreuses peuvent être nos erreurs, quand la précision et la sûreté du diagnostic de notre cher maître sont elles-mêmes quelquefois en défaut (2).

Abcès post-utérin pris pour une hématocèle rétro-utérine.

La nommée M..., femme B..., âgée de 39 ans, journalière, entre, le 5 mars 1857, dans le service de M. le professeur Nélaton. Cette femme jouit de toutes les apparences d'une forte constitution et d'une bonne santé; elle travaille avec son mari qui est menuisier, et comme lui, elle façonne des planches destinées à former des parquets. Depuis deux mois, elle a remarqué que ses règles coulaient moins abondamment que de coutume, et depuis huit jours, elle éprouve des douleurs assez vives dans l'abdomen, douleurs qu'elle désigne sous le nom de *coliques*. Elle voulut néanmoins continuer à travailler, mais elle dut y renoncer le second jour, et se reposer; elle prit un bain qui ne la soulagea que fort peu; un médecin appelé alors pensa qu'il s'agissait de douleurs nerveuses, et il se contenta de prescrire une potion calmante.

Les douleurs, loin de se calmer, allèrent en augmentant, et la malade se décida à entrer dans le service, hier, huitième jour après l'apparition de ces douleurs.

Il existe une tumeur abdominale, et si elle ne date que de huit jours, notre diagnostic va se trouver tout d'abord assez restreint; nous n'aurons à hésiter qu'entre une hématocèle rétro-utérine ou un phlegmon péri-utérin.

Étudions maintenant les éléments qui nous seront fournis par l'exploration directe : par le toucher, on constate que le col de l'utérus est déplacé, symptôme que l'on observe toutes les fois qu'il existe une tumeur située derrière l'utérus : cet organe, comme on le comprend, est porté en avant, et rapproché

---

(1) *Archives gén. de méd.*, 1857; *Mémoire sur les phlegmons péri-utérins*, par MM. Bernutz et Goupil.

(2) Nous devons cette observation et la leçon clinique de M. Nélaton à l'obligeance amicale de M. Jules Rouyer.

plus ou moins de la symphyse pubienne, quelquefois même aplati sur le plan résistant formé par cette partie de la ceinture pelvienne.

A droite et à gauche du col, on ne trouve rien; mais en arrière, il existe une tumeur qui descend très-bas derrière la paroi postérieure du vagin, entre le canal et le rectum; le toucher permet de constater que cette tumeur descend à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'insertion du vagin au col de l'utérus.

La consistance de cette tumeur est celle des tumeurs sanguines; elle offre une mollesse particulière; elle est souple, modérément tendue.

En étudiant par le palper la disposition de la région hypogastrique, on trouve une tumeur située non pas sur la ligne médiane, mais inclinée à gauche; au milieu, on trouve en avant de la tumeur un corps dur, arrondi, nettement limité; c'est le fond de l'utérus qui est poussé en haut et en avant : on peut constater que c'est bien l'utérus lorsqu'on pratique le toucher vaginal concurremment avec le palper hypogastique.

La tumeur elle-même peut être, dans une certaine étendue, mobilisée à droite et à gauche, sans que les mouvements qu'on lui imprime retentissent au col utérin; c'est la même tumeur qu'on sent derrière l'utérus à la région hypogastique, et par le toucher vaginal, derrière la paroi postérieure du vagin.

Cherchons maintenant à déterminer exactement quelle est la nature de cette tumeur. Est-ce un phlegmon péri-utérin? Dans un travail récent (*Archives générales de médecine*, février 1857), M. Bernutz attribue le développement des phlegmons péri-utérins à des péritonites partielles, à des inflammations très-limitées, circonscrites, du péritoine; suivant cet auteur, le phlegmon *péri-utérin* lui-même n'existerait pas; il dit avoir disséqué et examiné anatomiquement deux cas diagnostiqués pendant la vie phlegmons péri-utérins et qui n'étaient autre chose que des péritonites partielles, circonscrites.

M. Nélaton ne pense pas que ce soit un cas de ce genre qui se présente à nous. Dans ces cas-là, on observe une autre marche que celle qui nous est signalée par la malade pour la tumeur qui se présente à nous : on voit survenir des douleurs sourdes, de la difficulté dans la marche; il se manifeste de l'engorgement, puis la tumeur se développe; mais tout cela se produit assez lentement, mais pas en huit jours, comme notre malade nous l'indique.

Ici, au contraire, le début a été brusque; les douleurs se sont produites tout d'abord très-aiguës, intolérables : c'est ce que l'on rencontre plutôt dans les cas d'hématocèle rétro-utérine.

Ces tumeurs sanguines se forment dans le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin; elles consistent en une accumulation de sang qui est fourni par l'ovaire. « Depuis quelque temps, j'ai acquis des données nouvelles sur cette maladie; j'ai vu de vastes

épanchements sanguins se former et acquérir des dimensions considérables, remontant quelquefois jusqu'au-dessus de l'ombilic; dans certains cas, cela peut se produire avec une grande rapidité, et les malades peuvent succomber, à cause de l'abondance de l'écoulement sanguin. Depuis quelques années, M. Tardieu a constaté, dans cinq cas de morts subites, des hémorrhagies abondantes, sans qu'il y eût des déchirures à la surface des ovaires. Quelques-unes de ces malades présentent un teint jaune assez prononcé, qui peut simuler celui qu'on observe chez les personnes cachectiques, de telle sorte que l'on pourrait être induit en erreur par la constatation de ce signe, qui se rencontre chez les individus qui ont perdu du sang en assez grande quantité.»

Quel traitement doit-on prescrire à cette malade? Pour le moment, il n'y a rien à faire; depuis son entrée dans le service, elle a gardé le repos au lit; les douleurs ont déjà très-notablement diminué; elles peuvent même disparaître complétement.

Les femmes ont toujours une certaine tendance à prendre des bains pour soulager leurs douleurs, mais cela augmente le mal plutôt que cela ne le diminue.

On peut espérer que cette femme guérira, à moins qu'une nouvelle quantité de sang ne soit épanchée au moment de la prochaine époque menstruelle.

Il est une autre terminaison possible, mais il n'est pas probable qu'elle se produise chez notre malade: un caillot se forme dans le cul-de-sac péritonéal; la membrane séreuse s'enflamme autour de ce caillot, et il se forme un épanchement de sérosité qui s'accroît graduellement et qu'il est souvent nécessaire d'évacuer ensuite par une ponction, à cause des douleurs qu'il détermine.

Le 13 mars. Pendant les premiers jours que cette malade séjourna dans le service, les douleurs diminuèrent graduellement; mais, depuis quatre jours, elles ont repris avec une certaine intensité. La tumeur paraît augmenter de volume; autant qu'on peut en juger, cela porte surtout sur la partie inférieure.

Aujourd'hui les symptômes sont bien tranchés: l'utérus est porté fortement en avant et en haut contre la symphyse pubienne; le col utérin est aplati; il y a de la difficulté dans l'émission de l'urine, à cause de la compression exercée par la tumeur sur le col de la vessie. Quelquefois il se manifeste des besoins d'expulsion, comme ceux qu'on observe au moment de l'accouchement. Lorsque la malade fait ces efforts d'expulsion, on voit la partie supérieure du vagin descendre dans ce canal, et venir apparaître à la vulve. Ce symptôme ne s'observe que très-rarement.

Cependant il est un signe qui a une grande importance, et qu'on ne constate pas ici; c'est la coloration bleuâtre de la muqueuse vaginale, à la partie supé-

rieure de la paroi postérieure, dans le point qui correspond à la tumeur. Ce signe peut manquer dans un certain nombre de cas, ce qui tient à une épaisseur plus grande des parois vaginales.

M. Nélaton préfère temporiser le plus possible et ne ponctionner ces tumeurs qu'à la dernière extrémité, c'est-à-dire lorsque les douleurs sont excessives, ou quand on craint que la distension considérable de la tumeur n'amène sa rupture dans le péritoine ou dans le rectum ; car, dans ce dernier cas, les gaz et les matières fécales peuvent s'introduire ou s'infiltrer dans la tumeur. La malade patiente encore quelques jours.

Le lundi 16 mars. Les douleurs étant devenues extrêmement vives, M. Nélaton pratique une ponction à la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin ; il sort une grande quantité de pus, et la malade se trouve soulagée immédiatement.

Le mardi 17, l'amélioration continue; la malade sortit guérie de l'hôpital des Cliniques.

Le *phlegmon péri-utérin* proprement dit diffère de l'hématocèle, en ce qu'il survient le plus souvent après un accouchement ou une fausse couche, en ce que sa marche est assez lente, en ce que la tumeur est d'abord ferme, puis devient œdémateuse, et ne se transforme qu'après quelques jours en un abcès. En outre la tuméfaction occupe le plus souvent les parties latérales et antérieure; le col est abaissé, et la tumeur est beaucoup plus douloureuse, au moindre palper, que ne l'est l'hématocèle.

Tumeurs encéphaloïdes. Nous n'indiquerons que comme historique les tumeurs encéphaloïdes. On sait qu'avant de connaître exactement la maladie, M. Nélaton, alors chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, avait cru que ces masses dures rétro-utérines étaient des tumeurs malignes, des encéphaloïdes.

La marche de la maladie, l'âge, le retour facile à la santé, l'étude de la tumeur, ne permettent plus aujourd'hui de confondre les deux affections.

Kystes de l'ovaire: Les collections liquides enkystées du bassin sont intéressantes à étudier, au point de vue du diagnostic.

Nous laissons de côté l'hydropisie enkystée du péritoine, trop peu connue pour qu'on puisse donner des signes qui lui soient véritablement propres.

Les *kystes séreux de l'ovaire* ne se manifestent comme état morbide qu'à un âge avancé, au delà de 40 ans ; on en trouve bien chez les jeunes femmes mortes d'autres maladies, mais ils sont de trop petit volume pour pouvoir être reconnus pendant la vie.

Les kystes de l'ovaire se développent lentement, sans douleur bien notable ; avant de remplir la cavité abdominale tout entière, ils en ont distendu une moitié plus que l'autre.

Leur accroissement n'a pour ainsi dire pas de limites. Le toucher vaginal n'apprend rien de particulier. Il n'y a rien à ajouter sur une forme de kyste que M. le Dr Ad. Richard a désignée sous le nom de *tubo-ovariens*.

Certains kystes de l'ovaire, bien étudiés par M. Paul Dubois, présentent une certaine analogie de volume et de siége avec l'hématocèle rétro-utérine ; ils tombent dans l'espace rétro-utérin, qu'ils remplissent plus ou moins complétement, y contractent des adhérences avec des ligaments larges, l'utérus et des anses intestinales.

La tumeur refoule en avant l'utérus, en bas les parois du vagin, est sentie au-dessus du pubis, et est le siége d'une fluctuation des plus nettes. Mais les malades sont âgées de plus de 40 ans ; ordinairement l'affection s'est développée sans manifestation morbide grave, sans accidents de péritonite suraiguë, et elle tend chaque jour à augmenter de volume, sans provoquer d'autres symptômes que des symptômes de compression et de l'altération des fonctions du tube digestif.

Les *kystes hydatiques de l'ovaire* peuvent aussi tomber dans le cul-de-sac recto-vaginal, proéminer dans le vagin, et constituer une tumeur du petit bassin.

Ces sortes de kystes, décrits d'une façon savante par M. le Dr Charcot, se présentent dans le vagin sous forme d'une tumeur

rénitente, fluctuante, qui donne rarement la sensation de frémissement hydatique.

D'autre part, on sent quelquefois une tumeur par le palper sus-pubien.

Ces kystes offrent une grande tendance à s'ouvrir dans les conduits muqueux voisins, et sont le siége, à une certaine époque de leur développement, d'un travail inflammatoire intense, qui tend à l'expulsion des hydatides.

Nous distinguerons une pareille tumeur de l'hématocèle rétro-utérine, par plusieurs caractères : le développement lent du kyste hydatique, et l'absence de symptômes graves à son début; l'âge avancé des femmes, le plus ordinairement; la coïncience avec des kystes hydatiques dans d'autres organes; la persistance de la fluctuation et de la rénitence de la tumeur, et sa tendance ou bien à rester stationnaire, ou le plus souvent à s'accroître.

Les *kystes sanguins de l'ovaire* présentent les mêmes symptômes que les kystes séreux; dernièrement encore, M. le Dr Dupuy a lu, à la Société de biologie, une observation de kyste sanguin pris pour un kyste séreux; le diagnostic en est pour ainsi dire impossible : aussi nous ne dirons rien de particulier à leur sujet.

Grossesse extra-utérine. Une tumeur constituée par une grossesse extra-utérine se développe graduellement; la santé reste bonne pendant plusieurs mois; les mamelles se tuméfient; on peut sentir les membres d'un fœtus; le kyste fœtal se porte d'un côté du bassin principalement.

Il est des cas où on peut constater les mouvements du fœtus, et entendre les bruits du cœur.

Cette erreur de diagnostic a été commise par MM. Robert et Huguier (1).

---

(1) Dr Gallard, *Bulletin de la Société anatomique*, 1854.

Le fœtus était mort; depuis le début de la grossesse, la femme avait éprouvé des symptômes de péritonite. L'examen des seins n'avait pas été fait ; il aurait pu indiquer quelque chose, puisque la femme était restée jusque-là inféconde. La tumeur proéminait dans la région hypogastrique, faisait saillie dans le vagin, et repoussait le col utérin en avant. Il existait un ensemble de symptômes tel, que malgré leur expérience en ces sortes de maladies, MM. Robert et Huguier ont cru avoir affaire à une hématocèle rétro-utérine.

Cet exemple prouve que le diagnostic est quelquefois bien difficile.

Tumeurs fibreuses de l'utérus. Le Dr Engelhardt, dans sa thèse, signale une erreur de diagnostic commise sur une femme atteinte d'hématocèle rétro-utérine, que M. le professeur Stoltz crut être une tumeur fibreuse, développée dans la la paroi postérieure de la matrice. M. Stoltz pensa, dans un examen ultérieur, que le corps fibreux contenait un kyste.

Le développement de la tumeur, qui d'après l'observation, dépassait le pubis trois semaines après le début, la violence des douleurs, la coïncidence de l'aménorrhée, la densité inégale de la tumeur, et l'irrégularité de sa surface, n'étaient cependant pas des symptômes bien positifs d'une masse fibreuse.

Tumeur fibreuse ramollie. Nous trouvons dans les comptes rendus de la Société de biologie de 1856 une observation de M. Lecorché, relative à une tumeur fibreuse ramollie. L'abdomen était très-développé; les parois en étaient tendues ; la saillie était prononcée, surtout à droite de l'ombilic. La matité existait dans toute l'étendue de la tumeur hypogastrique ; on y percevait *de la fluctuation.* Le col de l'utérus était dévié. Les caractères qui permettraient de distinguer une tumeur de cette espèce ramollie d'une hématocèle sont assez nombreux :

La femme âgée de 66 ans éprouvait des symptômes depuis l'âge de 30 ans. A cette époque, un chirurgien fit l'ablation d'un polype

utérin. Depuis elle cessa d'être réglée; son ventre grossit peu à peu, sans grandes douleurs. Par le toucher vaginal, on n'avait pas senti de tumeur post-utérine.

L'âge de la malade, la date du début des accidents, l'absence de douleurs vives, le résultat du toucher vaginal seraient des caractères précis de diagnostic.

Rétroversion et rétroflexion de l'utérus. Nous relatons un cas d'erreur de diagnostic, où une hématocèle fut prise pour une rétroversion d'un utérus gravide.

Femme de 32 ans, ayant eu pour la première fois ses règles à 21 ans, après avoir souffert pendant six ans de douleurs et coliques revenant périodiquement chaque mois.

Même aujourd'hui, la malade n'a que difficilement ses règles.

Elle vient à l'hôpital pour une suppression de règles depuis deux mois.

Il y a trois semaines, le ventre se tendit et la malade fut sujette à des coliques atroces.

Aujourd'hui, l'excrétion des fèces et la miction urinaire sont très-pénibles. La malade est obligée de garder le lit; on emploie la sonde et des lavements. La vessie ayant été vidée, on sent derrière elle une tumeur lisse, ronde, sensible, immobile et difficile à limiter. Elle s'élève jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et semble s'étendre vers la vulve et le rectum. On sent par le toucher vaginal une demi-sphère fluctuante; le col est à 2 pouces au-dessus du pubis. On peut difficilement l'atteindre; une sonde, introduite dans la cavité utérine, en sort couverte de mucus.

On ne sent ni les membres d'un fœtus, ni le bruit placentaire, ni le pouls fœtal.

Dans les douleurs très-fortes, on crut pouvoir sentir des contractions peu intenses dans la tumeur vaginale.

Le diagnostic fut :

Rétroversion d'un utérus gravide au cinquième mois. Constipation de plus en plus opiniâtre, douleurs atroces, vomissements. On porta le trois-quarts dans le vagin; on ponctionna la tumeur; il s'écoula à plein jet 2 litres et demi de sang noir et fluide. Tous les symptômes d'étranglement cessèrent; mais après deux jours, il se développa une péritonite intense qui emporta la malade en trois jours.

L'autopsie fait voir l'utérus dilaté, un énorme sac entouré de fausses membranes entre l'utérus et le rectum, contenant une livre de sang.

Péritonite très-intense.

(Mikschik, *Études sur la pathologie des ovaires;* Leipsick (1854) (1).

Indurations plastiques. Ce qui est réellement difficile à distinguer, c'est une induration plastique consécutive à une hématocèle. Il existe assez souvent en arrière de l'utérus, et lui paraissant adhérentes, de petites masses dures, régulières, indolentes, du volume d'une noix au plus, ne se décélant par aucun symptôme bien marqué.

Il est bien difficile de savoir quel en a été le point de départ. Est-ce un reste d'épanchement sanguin ou de phlegmon ?

Sur deux de nos malades (obs. 5 et 19), nous avons retrouvé pareille induration, chez la première, huit mois après, chez la seconde, six mois après ; mais plus haut, en arrière de l'utérus, au delà des limites que peut atteindre le doigt, n'en restait-il pas?

Nous publions l'observation qui suit au chapitre du diagnostic. Bien que la maladie ait de grands rapports avec l'hématocèle, nous préférons douter. Notre indécision naît de l'étude des antécédents.

La femme Clotilde H..., âgée de 30 ans, lingère, née à Paris, est couchée au n° 34 de la salle Sainte-Claire, à l'hôpital Lariboisière, où elle est entrée le 6 septembre 1857 (2).

Cette femme n'a jamais quitté Paris; elle demeure à Montmartre, boulevard des Poissonniers, n° 16.

Cette malade, très-intelligente, donne des renseignements très-précis. Elle a été réglée à 16 ans, d'une manière très-irrégulière jusqu'à l'âge de 26 ans (in-

---

(1) Nous devons cette traduction à l'obligeance de M. Picard, interne des hôpitaux.

(2) Cette observation nous a été communiquée par notre collègue, M. Heurtaux.

tervalles d'un ou deux mois, quelquefois trois mois, entre les époques menstruelles); les règles duraient trois ou quatre jours, étaient peu abondantes; le sang était pâle. Pendant ces dix années, palpitations fréquentes, essoufflement, faiblesse, langueur, œdème des membres inférieurs un grand nombre de fois. Depuis l'âge de 26 ans, toujours très-régulièrement réglée; écoulement sanguin abondant pendant six jours. Mariée à l'âge de 17 ans, elle a eu deux enfants, l'un à 18, l'autre à 20 ans. La première grossesse et le premier accouchement se sont très-bien passés.

Entre ces deux grossesses, mais quinze jours environ après une fatigue, la malade a été prise de douleurs vives dans l'abdomen; il n'y a pas eu de pertes de sang à cette époque. Le ventre est devenu volumineux; il est survenu des vomissements, de la fièvre. La malade ne se rappelle pas si, au début de sa maladie, elle a éprouvé un frisson. Elle a dû garder le lit pendant assez longtemps; la convalescence a été longue et pénible. Depuis ce moment, le ventre est resté plus gros; la malade a été sujette à des tiraillements dans les reins, les aines.

La seconde grossesse a été pénible; au cinquième mois, après un effort, douleur vive dans le côté droit; à la suite de cet accident, la malade fut contrainte de garder le repos; elle n'a pas senti son enfant pendant trois semaines. Pourtant la grossesse est arrivée à terme, et la malade est accouchée d'un enfant bien portant. Cet enfant est mort à 11 mois. Le premier enfant est mort il y a trois ans.

Depuis la deuxième grossesse, la malade a éprouvé sept ou huit fois l'accident suivant: à une époque menstruelle, elle avait une perte abondante qui durait cinq, six ou sept jours, puis l'écoulement sanguin s'arrêtait, et à ce moment survenaient des douleurs vives dans l'hypogastre, avec retentissement de la douleur dans les aines et dans les reins, de la fièvre, des vomissements, de la constipation. Le ventre était ballonné, très-douloureux au toucher. La malade était contrainte alors de prendre le lit, et de le garder pendant quinze jours, trois semaines ou un mois. — On lui faisait des applications de sangsues; on lui prescrivait des bains, des cataplasmes, quelques purgatifs, et les accidents se dissipaient, laissant après eux une faiblesse extrême, de la pâleur, un ventre volumineux, sensible. La malade ne sait pas s'il existait une tumeur dans l'abdomen.

La première de ces atteintes est survenue un mois environ après l'accouchement; la dernière s'est produite il y a deux ans. Il existait entre chaque maladie un intervalle de six mois, un an ou davantage.

Jamais d'irrégularité notable dans la menstruation, depuis l'âge de 26 ans. Dans les cinq ou six derniers mois seulement, les règles survenaient à intervalles de quinze jours à trois semaines, coulaient abondamment pendant quatre jours, puis beaucoup moins pendant quatre autres jours.

La malade est sujette aux douleurs névralgiques, surtout dans la tête, aux oppressions, battements de cœur. Souvent elle a de l'œdème des jambes; faiblesse; teint habituellement coloré aux pommettes; sang devenant plus pâle dans les derniers temps; flueurs blanches à peu près continuelles.

Les règles sont venues pour la dernière fois le 16 août; elles ont coulé abondamment jusqu'au 21; mais ce jour-là, sans cause connue, l'écoulement s'est brusquement arrêté; il est survenu des douleurs dans l'hypogastre, bientôt suivies de vomissements, d'agitation, de fièvre. La malade a pris le lit depuis cette époque; et depuis ne l'a pas quitté.

Le 6 septembre. *Etat actuel.* Pas de fièvre; peau à la température normale; expression naturelle du visage; teint légèrement pâle; décubitus dorsal. Quand la malade veut se coucher sur l'un ou l'autre côté, elle éprouve un sentiment de pesanteur, et même une douleur assez vive vers les deux fosses iliaques.

Abdomen volumineux, rénitent; dans sa portion sus-ombilicale et dans les deux flancs, il se laisse assez bien déprimer, et, dans ces points, la pression n'est pas douloureuse. Dans la région hypogastrique, on sent une tumeur arrondie, ou plutôt légèrement ovoïde, à grand diamètre vertical. La partie supérieure de cette tumeur s'avance à quatre travers de doigt de l'ombilic; par son extrémité inférieure, elle plonge dans le bassin. Sa consistance est uniforme, assez ferme. On ne peut pas déplacer la tumeur par des pressions exercées latéralement.

Cette tumeur occupe la ligne médiane, et de là s'étend vers les parties latérales de la région hypogastrique, mais davantage du côté gauche. Sensibilité assez vive à la pression.

Au toucher vaginal, on trouve le col utérin fortement rejeté en haut et en avant, appliqué contre le corps du pubis, immobile dans cette position. Il est, du reste, parfaitement sain. En arrière, on sent une tumeur arrondie, faisant dans le vagin une saillie considérable; elle dépasse l'extrémité du col utérin de 3 centimètres environ. Cette tumeur est dure, de consistance égale; elle se continue parfaitement avec la tumeur hypogastrique.

Gêne très-considérable de la miction. Constipation opiniâtre. La malade éprouve presque continuellement la sensation d'un corps étranger volumineux, qui serait sur le point de s'échapper par la vulve ou l'anus.

Depuis huit jours, quelques douleurs sur le trajet des nerfs crural. Pas d'œdème des jambes. Douleurs dans les reins, les aines, le haut des cuisses, surtout quand la malade est debout. Interrogée au point de vue de sa tumeur, la malade répond qu'elle ignorait complétement son existence.

Le 7. 15 sangsues à la partie moyenne de l'hypogastre; cataplasmes.

Le soir. Les sangsues ont bien saigné; diminution de la douleur.

Le 8. Bain.

Le 9. De nouveau 12 sangsues; cataplasmes.

Le 10. Pas de selles depuis cinq ou six jours. — Huile de ricin, 30 grammes.

Le 11. Encore de la douleur à la pression de l'hypogastre. — 10 sangsues; bain.

Le soir. La malade se trouve mieux; elle souffre beaucoup moins.

Le 13. Les règles paraissent (deux jours d'avance), mais fort peu abondantes.

Le 14. Les règles se sont arrêtées brusquement et sans raison, hier soir; depuis ce moment, la malade souffre beaucoup plus du bas-ventre. Ni frissons, ni vomissements; chaleur et agitation toute la nuit. Ce matin, peau chaude, pouls accéléré (96 à 100 pulsations). Abdomen bien plus tendu, très-douloureux à la moindre pression, surtout dans la partie gauche de la tumeur; celle-ci est plus volumineuse que jamais, remonte jusqu'à l'ombilic. Au toucher vaginal, même résultat que précédemment. — 10 sangsues; cataplasmes.

Le 15. Cataplasmes; huile de ricin, 30 grammes; bain.

Le 17. Amélioration; moins de douleur. — Bain.

Le soir. Il est survenu par le vagin, peu après la visite, un écoulement sanguin léger, qui a duré quelques heures; la malade n'a pas osé prendre son bain. Il existe un œdème assez notable à la jambe gauche; sensation de froid, de fourmillement, depuis l'augmentation de la tumeur abdominale.

Du 18 au 29. Amélioration continue; le ventre est de moins en moins douloureux; le volume de la tumeur diminue assez rapidement; moins de gêne pour aller à la selle et pour uriner; moins de pesanteur vers le bassin; la malade n'éprouve plus au même degré la sensation de corps étranger.

Le 29. Toucher vaginal : col de l'utérus presque revenu à sa place, naturel; en arrière de lui, on sent encore un engorgement assez prononcé, cependant infiniment moins saillant que celui qui existait jusqu'à cette époque.

La malade se plaint cependant de souffrir encore dans les reins et les aines. De plus, elle éprouve des douleurs dans la jambe gauche; ce membre est encore le siége d'un œdème assez prononcé, de fourmillements, de refroidissement, et de crampes douloureuses dans le mollet.

Pertes blanches assez abondantes, bien plus qu'avant la maladie actuelle.

Le 10 octobre. La malade éprouve encore une pesanteur excessive, et même des douleurs dans les lombes, pendant la marche. Encore quelques douleurs dans l'hypogastre et les aines, mais beaucoup moindres. La jambe gauche n'a, depuis quelques jours, ni œdème, ni fourmillements; elle reste seulement un peu plus faible que la droite.

Il y a une selle tous les trois ou quatre jours, comme cela avait lieu dans l'état habituel de la malade. Depuis quelques jours également, la miction est redevenue tout à fait normale.

Ventre un peu volumineux, mais souple, encore légèrement douloureux dans la partie gauche de l'hypogastre. On ne sent plus de traces de la tumeur.

Toucher vaginal : col inégal, dur, un peu volumineux, indolent à la pression. Il a repris à peu près sa position normale. En arrière, on rencontre encore un engorgement occupant toute la largeur du col, et même se prolongeant un peu au delà sur les côtes ; très-ferme, d'une épaisseur de 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur. Cet engorgement paraît faire corps avec l'utérus, qui est complétement immobile dans sa position. Cette partie indurée présente peu de douleur à la pression.

Le 14. Les règles étaient arrivées le 13 septembre au lieu du 15; la malade ne voit pas encore paraître son écoulement menstruel; mais, depuis hier, elle éprouve quelques vertiges, de la pesanteur de tête, quelques douleurs hypogastriques, phénomènes qui annoncent ordinairement chez elle l'apparition des règles.

Le 16. La malade demande sa sortie. Les règles ne sont pas encore venues.

Nous relatons une autre observation remarquable par l'existence antérieure d'une hématocèle évacuée par le rectum. La maladie actuelle est une *phlegmasie pelvienne compliquée de troubles menstruels.*

La nommée D... (Joséphine), âgée de 34 ans, couturière, est entrée, le 8 septembre 1857, dans la salle Sainte-Claire de l'hôpital Lariboisière, lit n° 15.

Cette femme présente les attributs d'un tempérament sanguin; elle est d'une taille assez élevée, et d'une forte constitution.

Née à Saint-Blimon (Somme) ; arrivée à Paris il y a huit ans.

Réglée pour la première fois à 16 ans.

Écoulement menstruel assez abondant, ayant trois ou quatre jours de durée, ne s'accompagnant de douleurs ni dans l'hypogastre, ni dans les reins.

La malade a eu ses règles pour la dernière fois il y a quinze jours; cette époque menstruelle était en retard de huit jours.

Une seule grossesse à terme, sans accidents, il y a treize ans; pas de fausses couches.

Malade très-intelligente; renseignements précis.

Il y a six ans, a été admise à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis, pour l'affection suivante :

Les règles étaient en retard de dix jours, lorsque survinrent des douleurs d'abord assez modérées, occupant tout l'hypogastre; en même temps que les douleurs débutaient, parut une métrorrhagie très-abondante, et qui dura trois semaines.

Les douleurs, qui jusqu'à ce moment avaient été supportables, devinrent très-vives, s'accompagnèrent de vomissements, d'un frisson très-intense, de prostration.

Le frisson fut suivi de chaleur, d'agitation, et ces phénomènes fébriles persistèrent pendant un mois et demi.

La malade dit très-positivement que M. Louis a désigné son affection sous le nom de *péritonite*.

Le traitement a consisté en applications de sangsues, de cataplasmes, en bains, en potions et en pilules dont la malade ne peut indiquer la nature.

Quelques jours après le commencement de la maladie, M. Louis fit remarquer à ses élèves qu'il existait dans le bas-ventre deux tumeurs du volume d'un gros œuf, très-douloureuses au toucher, et situées des deux côtés de l'utérus (la malade indique bien leur position). Six semaines environ après le début de l'affection, les tumeurs se sont ouvertes dans le rectum, et la malade a rejeté une quantité considérable de sang noir, poisseux, mélangé à une sanie purulente. Ces déjections ont continué pendant une quinzaine de jours. Dès le premier jour, M. Louis observa que les tumeurs hypogastriques avaient beaucoup diminué, et fit remarquer aux assistants la nature du liquide évacué.

La malade est sortie de l'Hôtel-Dieu deux mois et demi après son entrée, encore maigre et très-faible; elle n'était complétement remise que cinq ou six mois après sa sortie.

Depuis cette époque, la malade éprouvait continuellement dans le bas-ventre des tiraillements douloureux, surtout à l'époque des règles.

Enfin il y a trois mois que l'affection actuelle a débuté. A cette époque, il n'y a eu aucune irrégularité des règles; aucune imprudence n'a été commise; pas d'excès vénériens.

Il y avait une dizaine de jours que les règles étaient passées, lorsque parurent des coliques d'abord assez vagues, puis se localisant dans la région hypogastrique, surtout à gauche.

Vingt-quatre heures après ce début, un médecin fit appliquer 15 sangsues sur la partie moyenne de l'hypogastre; les sangsues étaient à peine appliquées, qu'il survint une métrorrhagie abondante, et qui dura dix jours. Le sang était en partie liquide et en partie coagulé.

Il n'y a eu ni frissons ni vomissements, mais chaleur continuelle, agitation; pas de sueurs, tendance à la constipation (une selle tous les quatre ou cinq jours); la fièvre paraît avoir duré deux mois; pendant tout ce temps, inappétence, soif, douleurs très-vives dans le côté gauche de la cavité pelvienne; douleurs et four-

millements dans la jambe gauche, sur le trajet du sciatique ; sensation de froid dans le même membre; pas d'œdème.

Rien du côté des poumons ni du cœur.

Depuis un mois, appétit naturel, digestions bonnes, selles à peu près régulières.

La malade est restée couchée tout le temps.

Lorsqu'elle veut se tenir debout, elle souffre beaucoup dans le bas-ventre, les reins et la jambe gauche.

Il y a cinq semaines, la malade est entrée à la Pitié, dans le service de M. Marrotte ; elle y est restée douze jours ; on lui a prescrit des bains et de l'iodure de potassium.

État actuel. Visage naturel; bonne expression; pâleur assez prononcée.

Absence complète de fièvre; 76 à 80 pulsations ; peau fraîche ; pas le moindre souffle au cœur ni dans les carotides.

Ventre de volume naturel, souple; absence de douleurs dans tout l'abdomen, excepté dans la moitié gauche de la région hypogastrique.

En ce point, on ne peut sentir aucune tumeur, aucun empâtement.

Toucher vaginal. Le col de l'utérus est rejeté vers le côté droit, un peu volumineux et mou; à sa gauche, au niveau du ligament large, on sent une tumeur, grosse comme un œuf de dinde, très-dure, et douloureuse au toucher ; au sommet de cette tumeur, on perçoit des battements isochrones à ceux du pouls, mais ces pulsations résultent d'un simple soulèvement; il n'y a pas d'expansion dans toute l'étendue de la tumeur ; la miction provoque un peu de douleur dans le flanc gauche.

Le 9 septembre. Même état ; sommeil de quelques heures cette nuit.

15 sangsues au niveau de la fosse iliaque gauche, cataplasmes; potages et bouillons.

Le 10. Les sangsues ont bien saigné; la malade trouve qu'elle souffre moins dans le côté.

Cataplasmes, lavement huileux; une portion.

Le 11. Même état. — 5 sangsues, bain.

Le 12. Les règles attendues seulement dans huit jours ont commencé à couler aujourd'hui. Il y a quelques douleurs dans les reins et les aines, comme aux autres époques menstruelles.

Le 17. Depuis hier les règles se sont arrêtées ; il ne s'écoule plus qu'un liquide rougeâtre peu abondant.

Le 25. État général satisfaisant ; quand la malade est debout, elle éprouve toujours des douleurs dans les reins et le bas-ventre.

Au toucher vaginal, très-légère diminution de la tumeur ; même consistance.

Bain tous les trois ou quatre jours ; cataplasmes sur le ventre.

Le 4 octobre. La malade prend des forces, mais l'état local reste le même.

Le 13. Aujourd'hui les règles ont paru vers minuit, et sont venues sans présenter rien de particulier.

La malade éprouve des douleurs dans les reins, les aines, comme aux époques menstruelles ordinaires.

Le 19. Exeat; les règles ont fini hier, elles ont eu la même durée qu'habituellement; même état de la tumeur.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

L'ouverture de l'abdomen donne issue à de la sérosité le plus souvent sanguinolente ou à du sang ou à un liquide brunâtre en quantité variable.

La surface des intestins est un peu arborisée ou présente des taches ecchymotiques.

Il existait une péritonite généralisée dans les cas de rupture de la poche dans la cavité séreuse.

Dans la cavité pelvienne, on voit des brides, des adhérences celluleuses plus ou moins résistantes; le rectum, l'*S* iliaque, une anse d'intestin grêle, le cæcum, adhérer à l'utérus et au ligament large. La position réciproque de ces organes est très-variable. L'utérus est déplacé et porté du côté opposé à la tumeur.

Nous avons pu vérifier (obs. 41) l'exactitude du fait avancé par M. Fenerly, la rotation de l'utérus sur son axe.

Si l'on détache les adhérences qui constituent le kyste, on pénètre dans une poche limitée en avant par la face postérieure de l'utérus et de l'un ou des deux ligaments larges, en arrière par le rectum et la partie postérieure de la cavité pelvienne, latéralement par le péritoine qui le sépare des parois du bassin ; en bas par le cul-de-sac utéro-rectal, en haut par le rectum, l'*S* iliaque, une anse d'intestin grêle, le cæcum, unis, par des adhérences, à l'utérus et

aux ligaments larges. Ces adhérences ont présenté un pertuis dans le cas de rupture de la poche dans la cavité péritonéale.

Dans l'intérieur de la poche, il existe le plus souvent des diverticules circonscrits par des cloisons cellulenses, de forme, de hauteur, de largeur et d'épaisseur très-variables.

Dans un cas (obs. 41) observé par nous, il existait une bride étendue dans toute la hauteur de l'utérus entre la face postérieure et le rectum, et sur les côtés deux autres arrière-cavités, toutes communiquant les unes avec les autres par des ouvertures très-étroites. La tumeur se prolonge ainsi jusqu'au niveau des fosses iliaques dans quelques cas.

La surface interne de la cavité est couverte en quelques points de fausses membranes, lisse et unie en d'autres.

La question de savoir s'il peut exister des hématocèles extra-péritonéales est des plus controversées, et la divergence d'opinions vient des altérations qu'a subies le péritoine. Les désordres que l'inflammation produit sont tellement nombreux, variés et profonds, que, même les pièces anatomiques sous les yeux, on a pu hésiter à se prononcer.

Les arrière-cavités sous-jacentes aux cloisons pseudo-membraneuses ont été prises pour des poches sous-péritonéales. Aujourd'hui cependant le plus grand nombre admet que l'épanchement est purement intra-péritonéal. Du reste, la statistique de 14 cas d'autopsie donne raison à cette opinion.

12 fois l'épanchement sanguin, la tumeur, sont notés intrà-péritonéaux;

1 fois extra-péritonéaux; 1 fois il y a eu incertitude. M. Nélaton regarde la maladie comme siégeant dans la cavité séreuse.

L'examen des pièces anatomiques (obs. 41) nous a convaincu que l'hématocèle, dans ce cas particulier, était bien intra-péritonéale.

Le liquide contenu dans la poche est ou bien du sang pur, liquide, ou déjà séparé en caillots et en sérum, ou bien un liquide

filant, poisseux, couleur lie de vin, tenant en suspension des grumeaux noirâtres, auxquels se mêle quelquefois un peu de jus.

Examiné au microscope par notre collègue Heurtaux, il a présenté les caractères suivants, chez la femme qui fait le sujet de l'observation 41 :

1° Gouttelettes huileuses blanches ou jaunâtres ;

2° Cellules sphériques intactes ou brisées en fragments irréguliers, surchargées de gouttes de graisse (globules de Gluge) ; il sont de $0^{mm},010$ à $0^{mm},025$;

3° Quelques fragments amorphes d'hématoïdine ;

4° Deux cristaux quadrilatères, dont l'un était terminé d'un côté par un sommet dièdre, et qui paraissent être du phosphate ammoniaco-magnésien ;

5° Quelques globules sanguins, flasques, déformés, encore bien colorés ;

6° Enfin un assez grand nombre de petites masses noires, de forme anguleuse, ayant des dimensions très-variables, résultant de l'altération de la matière colorante du sang.

A la vue simple, le liquide était d'un gris noirâtre.

Les ovaires sont gravement altérés dans presque tous les cas.

On a observé la rupture de l'un des ovaires, et on a expliqué ainsi l'hémorrhagie. La plupart du temps, quand la mort survient de 1 à 3 mois après le début, ils sont atrophiés, et cette transformation va jusqu'à leur disparition complète. Nous avons eu (obs. 41) grand'peine à découvrir l'ovaire gauche, qui était réduit à une lame fibreuse ; l'ovaire droit n'a pu être retrouvé. L'ovaire gauche, englobé dans les pseudo-membranes, adhérait avec la trompe et les intestins. On a trouvé des kystes sanguins ovariques rompus et en communication avec la poche rétro-utérine.

Nous rappelons que M. Richet a trouvé une varice du plexus utéro-ovarien ouverte dans la cavité rétro-utérine.

Chaussier a noté, dans un cas de mort subite, la rupture d'une veine de l'ovaire.

Les trompes contractent aussi des adhérences avec les organes pelviens. Leur direction est modifiée, leur calibre augmenté, et leurs parois quelquefois rompues. La cavité de l'une des trompes ou des deux est dilatée parfois par un liquide noirâtre de même nature que celui de la poche rétro-utérine. Cette dilatation communique directement, ou par un trajet cloisonné par des pseudo-membranes, avec la poche rétro-utérine. Le pavillon de la trompe est ordinairement méconnaissable. D'autre part, la trompe communique avec la cavité utérine ; quelquefois, au contraire, le canal est obstrué, et c'est sur cette obstruction de la trompe que certains médecins ont fondé une théorie :

L'orifice utérin étant obstrué, le sang venant de l'ovaire est forcé de s'écouler dans le péritoine.

Mais dans deux autopsies seulement on a signalé ce fait, et M. le Dr Gallard dit fort bien que l'oblitération peut être consécutive à 'inflammation (1).

Dans le tube digestif, le rectum a présenté quelquefois une perforation ; nous avons trouvé des ulcérations dysentériques sans communication avec le foyer (obs. 41).

M. Bernutz a signalé, dans son mémoire, des tumeurs hémorrhoïdaires de la marge de l'anus et de la fin du rectum. Ce fait est encore à rapprocher de l'observation de M. Richet et de sa théorie.

Du côté des autres organes, rien n'est à signaler qui touche à la maladie.

PRONOSTIC.

L'hématocèle rétro-utérine est une affection grave par ses accidents médiats et immédiats quelquefois mortels, et par l'influence

---

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1855.

qu'elle exerce sur la santé ultérieure de la malade. La gravité des accidents médiats et immédiats est empruntée à l'hémorrhagie et à la péritonite ; l'influence fâcheuse ultérieure provient et des adhérences intestinales, utérines et ovariennes, et de la désorganisation profonde que laisse après elle pendant plusieurs mois l'hémorrhagie.

L'on ne sait pas encore si les femmes qui ont été atteintes d'hématocèle peuvent être fécondées.

La malade qui fait le sujet de l'observation (p. 64) a été affectée d'hématocèle il y a six ans ; elle avait été enceinte avant cette maladie. Depuis elle n'a eu ni couche ni fausse couche.

Je lis, dans les thèses antérieures à la mienne, que la stérilité est une des conséquences de la maladie. Une raison à l'appui de cette opinion peut se déduire à l'état d'atrophie des ovaires dans les cas de mort. Mais d'autre part, on n'a peut-être pas observé les malades plusieurs années après la guérison. Nous ajouterons que, puisque les femmes continuent à être réglées, nous ne voyons pas pourquoi elles ne pourraient pas être fécondées...

La menstruation est sous la dépendance de la ponte périodique d'un ovule; pourquoi chez elles un ovule ne pourrait-il pas être fécondé à sa sortie de la vésicule de de Graaf ? Il nous paraît nécessaire d'observer ces malades longtemps après la guérison pour pouvoir rien affirmer.

La maladie a de l'influence sur le développement de l'hystérie ; dans ce cas, je la crois liée à l'état anémique.

Hoffmann a dit : « La maladie hystérique attaque souvent des filles lorsque leurs règles s'arrêtent tout à coup, et la maladie n'est que passagère. »

Sydenham a observé *que le symptôme hystérique survient aisément sur une femme qui aura perdu trop de sang par la saignée ou par accouchement naturel.*

L'état nerveux chez ces malades est exalté au plus haut point ; les

recommandations du médecin sont à peine écoutées : la femme s'agite, se tourmente au moindre sujet, cherche une victime à son humeur chagrine, et lutte contre le médecin s'il n'a pas eu soin de s'emparer de l'esprit de sa malade.

TRAITEMENT.

Ponction de la tumeur par le vagin.

La pluralité des médecins ont adopté aujourd'hui l'opinion que la maladie doit, en règle générale, être abandonnée à elle-même ; mais il n'en a pas été ainsi dans les vingt dernières années : donner issue au liquide était la règle.

Sur les 27 cas où la chirurgie n'est pas intervenue, il y a eu 9 morts.

Sur les 8 cas où la ponction ou l'incision a été pratiquée, 3 morts, et une quatrième malade a été tellement malade d'une infection putride que M. le Dr Oulmont, qui avait fait la ponction, a depuis renoncé, d'une manière formelle, à ce mode de traitement.

M. Nélaton a beaucoup restreint les cas où il use de la ponction ; il faut qu'il y soit contraint par la violence des douleurs, le développement de la tumeur et la crainte de son ouverture dans le péritoine.

La ponction par le vagin se fait de la manière suivante (procédé de M. Nélaton) :

Le chirurgien étant placé en face de la malade, le doigt indicateur de la main gauche et le médius sont introduits dans le vagin, et sont appliqués sur la partie la plus saillante de la tumeur, en s'éloignant le plus possible du col.

La canule du trocart est placée entre les deux doigts et poussée ortement jusqu'à la tumeur ; le trois-quarts lui-même est introduit dans la canule de la main droite et plongé dans la tumeur.

Au lieu d'un trois-quarts, on emploie quelquefois un lithotriteur, qui permet d'ouvrir une issue plus large au liquide.

On peut introduire préalablement un spéculum et ponctionner ensuite la tumeur.

M. Nonat, après avoir pénétré dans la poche, laisse à demeure une sonde rigide pour deux raisons : 1° permettre au liquide de s'écouler; 2° faire dans la poche des injections détersives et antiputrides.

M. Nélaton nous a dit avoir fait des injections iodées chez une dame de province et avoir obtenu la guérison.

D'autre part, nous lisons dans l'observation de M. le Dr Gallard (1), qu'aussitôt l'injection de 100 grammes d'eau tiède par l'orifice vaginal, il se manifesta une péritonite mortelle en douze heures.

Le médecin se trouve donc en présence de deux dangers : l'infection putride et la pénétration du liquide injecté dans le péritoine, à travers les parois du kyste rétro-utérin.

Je crois que pour éviter l'un et l'autre, il vaut mieux absolument s'abstenir de ponction, même si les douleurs de la malade sont excessives.

Les femmes qui font le sujet de nos observations 5 et 19 ont été en proie, à plusieurs reprises, à des douleurs atroces; et cependant il ne s'est pas fait de rupture dans le péritoine. Toutes deux ont guéri.

Un autre danger de la ponction et de l'incision est la blessure d'une artère assez volumineuse, signalée par MM. Malgaigne et Nélaton, à propos d'un cas rendu funeste par des hémorrhagies consécutives.

Émissions sanguines. La saignée générale ne doit pas être pratiquée; la saignée locale est très-utile comme traitement de la péri-

---

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1854.

tonite qui accompagne l'hématocèle rétro-utérine. Les sangsues sont appliquées à l'hypogastre, mais mieux à l'anus, au nombre de 20 à 30 ; leur emploi doit être réservé au cas où la malade est prise de douleurs très-aiguës.

On a en même temps recours aux applications émollientes, des cataplasmes ou des fomentations. Les bains doivent être proscrits dès le début et tant que la tumeur ne s'est pas indurée.

Nous avons observé (obs. 3 et 2) que, pendant les bains et plusieurs heures après, les malades éprouvaient des frissons, un malaise général, et une recrudescence de douleurs, sans que la tumeur diminuât de volume. Ces accidents doivent-ils être attribués aux mouvements imprimés aux malades ou à l'action de l'eau chaude sur le retour de l'hémorrhagie? Toujours est-il que ce mode de traitement est fâcheux ; M. Nélaton le proscrit aussi d'une manière formelle.

Narcotiques, antivomitifs. L'opium doit être employé comme traitement des vomissements et de la douleur abdominale.

L'opium est administré en pilules, dans des potions, dans des lavements, en frictions ou en fomentations.

Il arrive souvent que les malades supportent mal les médicaments opiacés, sous quelque forme qu'on les administre ; on a recours alors aux préparations belladonées, à la poudre de belladone, à l'extrait donné en pilules, et aux emplâtres belladonés.

Comme antivomitifs, nous noterons, outre l'opium, l'eau de Seltz et la potion de Rivière.

Révulsifs. Les vésicatoires répétés, appliqués sur l'hypogastre, au niveau de la tumeur, sont un moyen efficace ; nous pensons qu'il ne faut les employer qu'après la période aiguë.

Il faut bien avoir soin de les saupoudrer de camphre.

Préparations mercurielles. Les onctions mercurielles pourront être

employées, mais l'agent thérapeutique de cette espèce le plus utile est le calomel à doses fractionnées; il est très-efficace dans le début, comme traitement des accidents de péritonite.

Il doit être donné par paquets ou pilules de 2 à 5 centigrammes, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à la dose de 30 centigrammes. Le traitement est répété deux à trois jours de suite.

Purgatifs. Les lavements simples ou médicamenteux doivent être administrés tous les deux à trois jours comme traitement de la constipation.

Le meilleur lavement médicamenteux est, dans ces cas, le lavement huileux.

On pourra aussi donner par la bouche des purgatifs légers, 1 à 2 grammes de magnésie calcinée chaque jour, par exemple.

Antihémorrhagiques. Si l'on est appelé dès le début et que l'on constate les signes de l'hémorrhagie interne, il est bon d'employer le perchlorure de fer en potion, de 10 à 20 gouttes dans 150 gr. d'excipient, ou des applications de glace sur l'hypogastre.

Ce dernier moyen nous a été très-utile chez la femme qui fait le sujet de l'observation 42.

On pourra, à une époque avancée de la maladie, alors que la tumeur est franchement en voie de résolution, et que tout traitement actif est inutile, faire faire sur l'abdomen des onctions avec une pommade à l'iodure de potassium colorée. Il faut avoir soin de ne jamais laisser croire à ces femmes irritables que le traitement est abandonné à la nature.

Quand on n'a plus à craindre d'accidents inflammatoires, les préparations toniques, le quinquina, le fer, seront administrées comme médicaments réparateurs de l'hémorrhagie.

Immobilité absolue. C'est une condition très-importante pour la

guérison que d'exiger un repos absolu au lit, tant qu'il y a soupçon de symptômes inflammatoires.

Des lavements seront donnés, pour éviter les efforts, et pour n'importe quel prétexte la malade ne doit descendre du lit.

L'alimentation doit être très-légère tout d'abord, et plus tard très-choisie, comme traitement de l'anémie.

En résumé, la marche à suivre dans le traitement est celle-ci :

Repos absolu, émissions sanguines locales, opium, purgatifs.

OBSERVATION Ire.

Hématocèle rétro-utérine ; évacuation spontanée de sang par l'anus. Guérison.

Au n° 10 de la salle Sainte-Élisabeth, à l'hôpital Lariboisière, est couchée la nommée R..., 27 ans, journalière.

La malade est d'une bonne constitution, d'un tempérament hystérique; cheveux noirs.

La malade a été réglée pour la première fois à l'âge de 10 ans. La menstruation s'est établie facilement. Depuis, les époques menstruelles apparaissent régulièrement. Le flux cataménial est précédé, pendant vingt-quatre heures, de leucorrhée; le sang est d'une couleur normale; il coule pendant huit jours, parfois sousforme de caillots. La menstruation s'accompagne de coliques.

Il y a dix ans, grossesse heureuse, accouchement à terme; l'enfant vit.

Il y a deux mois et demi, quinze jours après la fin de l'écoulement menstruel, la malade a fait une chute de toute sa hauteur; elle a été prise de lipothymie, de frissons, et à l'époque menstruelle suivante, il y a deux mois, de douleurs hypogastriques. La marche était péuible. la miction difficile, ainsi que l'excrétion des matières fécales.

L'époque menstruelle survenue, la malade ne perdit que quelques gouttes de sang. Les douleurs persistèrent d'une façon continue; elles prirent dès lors le caractère de douleurs expulsives, revenant toutes les cinq minutes.

Le 10 décembre 1856, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans la région iliaque gauche.

Le 23, contrainte par la douleur, elle se décide à entrer à l'hôpital. Nous ne la voyons que le 2 janvier 1857.

La malade est d'un teint blanc mat; elle porte les traces de l'anémie la plus profonde, est prise à tous moments d'éblouissements. Depuis le jour de son entrée, elle a eu ses règles pendant vingt-quatre heures, elle a perdu quelques gouttes de sang très-rouge.

Examen du ventre. La région hypogastrique est soulevée par une tumeur proéminente surtout à gauche, dure en certains points, rénitente en d'autres, limitée en haut par une ligne transversale passant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à gauche par une ligne verticale partant de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, et à droite par une ligne verticale partant du canal crural. Postérieurement, la tumeur se prolonge dans la cavité pelvienne.

Toucher vaginal. Le col utérin est repoussé en avant, derrière le pubis, par une tumeur rénitente, molle, qui remplit toute l'excavation pelvienne à gauche.

Si l'on combine le toucher vaginal et le palper abdominal, on est convaincu que les tumeurs sus-pubienne et vaginale ne font qu'une. Ténesme vésical; constipation.

La malade éprouve des douleurs expulsives très-aiguës qui siégent dans l'aine gauche retentissent dans le membre inférieur gauche, et s'irradient dans toute la cavité abdominale. — Cataplasmes; repos au lit.

Le 10 janvier, sans cause appréciable, il s'écoule par le rectum une quantité considérable de sang liquide et en caillot. Huit alèzes ont été salies; trois bassins d'hôpitaux ont été remplis de ce liquide noir comme du marc de café et d'odeur infecte.

Le 11 et le 12, l'écoulement continue; par moments la malade est tourmentée par des coliques très-vives.

Le pouls bat à 92 pulsations. On sent encore la tumeur abdominale à gauche, mais elle ne remonte plus qu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic; elle est très-dure.

Quelques douleurs se déclarent de temps en temps dans les membres inférieurs.

Le 22, la tumeur a diminué; le liquide continue à s'écouler.

Le 28, le palper abdominal et le toucher vaginal combinés ne font plus constater l'existence d'aucune tumeur; il s'écoule encore un peu de liquide par l'anus.

L'état de la malade est très-satisfaisant; elle demande à sortir.

OBSERVATION II.

Hématocèle rétro-utérine; ponction de la tumeur; accidents d'infection putride. Guérison.

Au n° 6 de la salle Sainte-Marie, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Oulmont, est couchée la nommée F....., âgée de 27 ans, marchande; bonne constitution, caractère très-irritable, tempérament nerveux, cheveux noirs.

La malade a été réglée à l'âge de 16 ans; depuis, les époques menstruelles reviennent à intervalles fixes; l'écoulement sanguin est précédé pendant deux jours de coliques, de douleurs de reins; le sang vient très-abondamment, et souvent sous forme de caillots; la durée de l'écoulement est de huit jours. Pas de leucorrhée.

A l'âge de 18 ans, première grossesse heureuse; accouchement d'un enfant à terme, qui vit; le travail a duré trois jours; jamais il n'y a eu d'aménorrhée. Les approches de son mari lui ont toujours été douloureuses: la jeune femme dit avoir ordinairement le teint très-coloré, le caractère très-irritable.

Elle n'est pas sujette aux épistaxis, ne présente ni hémorrhoïdes, ni varices; jamais elle ne s'est plainte de constipation; mais, depuis longtemps, elle accuse une pesanteur dans la région hypogastrique.

Le 12 mars 1857, elle a eu ses règles d'une façon normale.

Le 12 avril, sans cause bien précise, suspension des règles; aussitôt surviennent des coliques très-vives; le 14, elle ressent au flanc droit une douleur qui remonte jusqu'à la partie droite du cou, et qui a été calmée par l'application d'un vésicatoire; la malade n'a cependant pas cessé de vaquer à ses affaires.

Le 15, ses règles ne réapparaissant pas, elle a copulé avec son mari; l'effet en a été funeste; elle est tombée en syncope, et les douleurs se sont accrues dans une proportion notable; elle a été prise de frissons, de sueurs, de nausées, de constipation. Il y avait du sang dans l'urine et dans les selles; de plus, son teint, de coloré qu'il était, est devenu jaunâtre en très-peu de jours; elle entre à l'hôpital le 27 avril 1857.

M. Oulmont diagnostiqua tout d'abord un phlegmon rétro-utérin. On observait comme symptômes un état très-douloureux de l'hypogastre; un col volumineux, fixé en avant et à gauche; une tumeur postérieure au col, du volume d'une noix, et un corps utérin douloureux et tuméfié; de la constipation, des urines brûlantes; l'écoulement par les parties génitales d'un liquide jaunâtre visqueux, et l'absence de fièvre.

Jusqu'au mois de juillet, la maladie n'a pour ainsi dire pas changé de face; le traitement a consisté en sangsues, en purgatifs et en bains.

Le 1er juillet, après un bain, elle est prise d'une perte abondante d'un sang noir; du reste, elle remarque que les bains augmentent les douleurs, la gravité de son état; il lui est arrivé souvent de ressentir des frissons.

État actuel. Nous examinons cette malade le 14 juillet.

Teint d'un blanc mat, conjonctives et sclérotiques décolorées, amaigrissement notable.

Examen du ventre. La paroi abdominale antérieure est soulevée par une tumeur qui remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; la tumeur est dure sur la partie médiane, rénitente sur les parties latérales, douloureuse au toucher; sa limite supérieure est une ligne transversale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure droite, qu'elle touche, tandis qu'à gauche elle est distante de l'épine iliaque de trois travers de doigt; profondément, elle paraît se perdre dans l'excavation pelvienne.

La masse a une forme assez régulière; cependant sur la ligne médiane, elle offre au palper plusieurs petites tumeurs dures et mobiles. La percussion, pratiquée au niveau de la tumeur, donne un son mat; pratiquée à sa limite supérieure dans sa moitié gauche, elle donne un son tympanique analogue à celui du gros intestin, son qui se termine exactement au niveau de la ligne médiane.

Toucher vaginal. Le col utérin est difficile à atteindre; le doigt doit être recourbé pour toucher le col; ce dernier est appliqué intimement à la face postérieure du pubis; entr'ouvert, granuleux et situé au fond d'un infundibulum dont la limite antérieure est le pubis, la postérieure la muqueuse du vagin, repoussé par une tumeur, et le sommet occupé par le col : le col est à une distance de 5 centimètres de l'orifice vulvaire.

En arrière du col est une tumeur arrondie, dure en certains points, rénitente en d'autres; fluctuante, douloureuse à gauche, séparée du doigt par la muqueuse qui constitue le cul-de-sac postérieur du vagin, distante de 3 centimètres ½ de l'orifice vulvaire, situé sur un plan plus inférieur que le col, de la hauteur de 1 centimètre ½ et paraissant remplir toute l'excavation pelvienne.

Le cul-de sac antérieur du vagin n'existe plus; le cul-de-sac postérieur, et j'entends, dans l'état des choses, l'espace entre le col et la tumeur, est profond de 1 centimètre.

Si l'on combine le palper abdominal et le toucher vaginal, on constate sur la ligne médiane et au-dessus du pubis une tumeur qui a la forme du fond de l'utérus et qui transmet immédiatement au doigt appliqué sur le col les mouvements imprimés sur les parties latérales de cette tumeur; il en existe deux autres, molles, rénitentes, qui ne font qu'une avec la tumeur vaginale.

Toucher rectal. L'anus est rouge, douloureux ; le rectum est aplati par la tumeur pelvienne.

Une particularité est à noter ici. Par le toucher vaginal et le toucher rectal, on sent à la surface de la tumeur des cordons arrondis, qui donnent l'idée de veines remplies de caillots.

Par le toucher rectal et le palper abdominal combinés, on perçoit un flot bien distinct.

Les selles sont assez faciles ; il existe du ténesme vésical, 20 fois en vingt-quatre heures la malade éprouve le besoin d'uriner ; appétit, soif très-vive ; la malade ne ressent plus de vives douleurs comme au moment de son entrée, mais elle est tourmentée par une pesanteur très-incommode à l'anus.

Le 15, M. Oulmont pratique avec un trois-quarts explorateur une ponction dans la partie vaginale de la tumeur ; il s'écoule quelques gouttes d'un sang noir.

Le 16, évacuation d'une petite quantité de sang, accompagnée de douleurs expulsives.

Le 18, douleurs abdominales, frissons ; le pouls est mou, bat 104 pulsations.

Écoulement vaginal séro-sanguinolent.

Le 20, écoulement fétide par le vagin.

Il se développe tous les symptômes d'une infection putride dont le foyer est la poche post-utérine ; les jours de la malade sont en danger pendant cinq semaines.

Le 3 septembre, l'état s'améliore.

Le 20, la malade sort de l'hôpital.

Il n'existe plus traces de la tumeur post-utérine ; les douleurs ont entièrement cessé ; il reste un léger écoulement vaginal jaunâtre.

Nous revoyons la malade dans le mois d'octobre ; la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION III.

Hematocèle rétro-utérine ; séjour prolongé au lit, expectation. Guérison.

Au n° 23 de la salle Sainte-Marie, à l'hôpital Lariboisière, est couchée la nommée Amélie D....., âgée de 28 ans, modiste. La constitution de la malade est faible, son tempérament hystérique, son caractère très-irritable. La malade a été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, la menstruation s'est établie sans peine. Avant chaque époque menstruelle, elle éprouve des douleurs hypogastriques pongitives, et d'une durée de deux jours. L'écoulement sanguin s'est tou-

jours prolongé sept ou huit jours ; il est très-abondant pendant les trois premiers. Pendant les cinq autres, le sang coule moins coloré et moins abondant ; jamais il ne s'est échappé de caillots.

Très-rarement cette jeune femme est affectée de leucorrhée ; cependant elle paraît avoir été traitée d'une lésion du col utérin.

Il y a sept ans, premier accouchement à terme ; l'enfant, une fille, vit encore ; les suites de couches ont été normales.

Il y a quatre ans, fausse-couche ; le fœtus était âgé de six semaines. Cet accident a été suivi d'une anémie profonde, de douleurs hypogastriques donnant à la malade une sensation de pesanteur. Son médecin lui a fait appliquer des sangsues à l'anus, et l'a fait rester au lit pendant quinze jours. Après ce temps de repos, forcée de reprendre ses occupations, souffrant peu du reste, elle se leva, mais la fatigue qu'elle eut à endurer parut provoquer de nouvelles douleurs hypogastriques qui durèrent pendant plusieurs mois.

Le 25 mars 1857, époque menstruelle, le sang s'est montré, mais moins abondant et de couleur moins foncée qu'à l'ordinaire ; du reste, pas de douleurs à ce moment.

Le 25 avril, même trouble menstruel.

Le 25 mai, le sang menstruel s'est montré, mais en très-petite quantité et formant sur le linge des traces rougeâtres et jaunâtres. Cet écoulement a duré quinze jours ; un jour, la chemise était tachée de rouge clair, le lendemain, la tache était jaunâtre. Les quinze jours expirés, la malade a été prise de douleurs très-vives, expulsives, ayant leur maximum d'intensité à droite, douleurs provoquant une sensation de pesanteur sur le fondement, et qui se sont terminées par l'expulsion par le vagin d'une membrane mince que le Dr Duvivier reconnut être une membrane amnios, et d'un caillot du volume d'un œuf de poule. Le caillot n'a pas été examiné ; il a été expulsé trois jours après la membrane. Dans l'intervalle de temps qui existe entre l'expulsion de la membrane et l'expulsion du caillot, la malade a ressenti des douleurs vives ; dans le même temps, la peau a pris cette teinte blanche que nous voyons encore aujourd'hui.

Depuis, cette jeune femme se plaint de constipation et a observé un développement très-notable de l'abdomen à sa partie inférieure.

Le traitement a consisté en sangsues et en vésicatoire appliqués à l'hypogastre. En outre, la malade est restée au lit.

Ces premiers accidents passés, et j'entends ainsi l'expulsion de ces produits par le vagin, le développement anormal du ventre, la malade en a ressenti d'autres.

Quelques jours après la sortie du caillot, elle se plaignit de frissons suivis de sueur, de rétention d'urine, de constipation, de douleurs expulsives, d'une grande faiblesse et d'une difficulté très-pénible à prendre une position commode dans le lit. La position assise était impossible, ainsi que le décubitus latéral; le moindre mouvement était douloureux, si bien que cette jeune femme se trouva condamnée à conserver sans interruption le décubitus dorsal.

Le traitement dans les derniers jours qui ont précédé l'entrée de la malade à l'hôpital a consisté en bains; elle a remarqué qu'après chacun d'eux elle éprouvait un malaise, des frissons, et que l'état de sa santé était pire plusieurs heures après en être sortie. La malade, forcée de quitter la chambre pour des réparations intérieures, entre à l'hôpital Lariboisière le 2 juillet 1857.

Etat de la malade à son entrée. Le teint est d'un blanc mat, la peau est pâle; les cheveux sont blonds, les conjonctives décolorées, les sclérotiques d'un blanc opalin; les mains, les ongles, sont d'un blanc mat, la voix est éteinte, le pouls est mou, petit, bat à 92 pulsations; pas de souffle dans les carotides; le décubitus est dorsal, la position assise est impossible, les jambes sont demi-fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin.

Palper abdominal.— La région hypogastrique présente à la vue une saillie qui, au toucher, donne l'idée d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus de six mois. La masse remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle ne s'est pas, du reste, développée également à droite et à gauche; à gauche elle est moins haute de un travers de doigt. La paroi abdominale est soulevée d'une façon notable. La tumeur paraît se prolonger en arrière dans l'excavation pelvienne; sa consistance est ferme; les limites en sont nettes à droite où elle remplit la moitié de la fosse iliaque, mais à gauche ses limites sont moins précises; elle ne dépasse que très-peu le détroit supérieur. La tumeur est régulière, et la pression y provoque quelques douleurs.

La percussion pratiquée sur cette masse donne un son semblable à celui de la tympanite, et cependant le palper y accuse bien une tumeur; au-dessus du pubis il est impossible de distinguer un corps qui donne l'idée du fond de l'utérus.

Toucher vaginal. Les parois du vagin ne présentent rien de particulier à noter; à une distance de 5 centimètres de l'orifice vulvaire, est le col utérin. Il est porté en avant, accolé au pubis et paraît fixe dans cette position; sa lèvre antérieure est large de 1 centimètre, sa lèvre postérieure de 2; son ouverture est agrandie, surtout transversalement; son tissu est ramolli.

A 1 centimètre au-dessus et en arrière du col, est une tumeur qui est recouverte par la muqueuse du cul-de-sac postérieur du vagin. Cette tumeur est appliquée étroitement à la face postérieure du col; elle est très-dure, prise en masse;

mais, à gauche elle présente une certaine rénitence. La tumeur occupe une grande partie du détroit inférieur, surtout à gauche, et de ce dernier côté, le doigt sent battre très-fortement une artère.

Que si on palpe la tumeur abdominale, et que l'on touche en même temps la tumeur post-utérine, on a la conscience qu'elles ne forment toutes deux qu'une seule masse, on perçoit la transmission des mouvements. Que si, le doigt appliqué sur la tumeur post-utérine, on donne un coup sec sur la tumeur hypogastrique, on a la sensation de flot. En combinant le palper et le toucher vaginal, nous n'avons pu sentir le lieu qu'occupe le fond de l'utérus. Cette exploration ne provoque, du reste, chez la malade, aucune douleur. Dans ce moment, aucun liquide anormal ne tache ses linges, ni sang, ni mucosités. Par moments, la malade est tourmentée par des douleurs piquantes auxquelles elle donne pour origine des gaz intestinaux; dans d'autres instants, elle éprouve des douleurs expulsives accompagnées de ténesme anal.

Le diagnostic porté par M. le Dr Oulmont est hématocèle rétro-utérine. M. Oulmont ne croit pas que la cause soit une fausse couche, comme semble l'indiquer la malade. — Purgatifs, cataplasmes.

Le 8 juillet. Même état du ventre, de la peau du corps. La malade n'est plus aphone.

Les douleurs sont modérées et ont conservé leur forme intermittente.

Le 18. La tumeur est devenue très-dure, elle a le même volume. Pas de douleurs notables.

La malade a été portée au bain; aussitôt le bain pris, elle a été en proie à des frissons.

Le 20. La malade se trouve dans un état assez satisfaisant pour vouloir retourner chez elle où elle continuera à se faire traiter. Revenue chez elle, elle ne se mit pas au lit, s'occupa de son commerce; elle souffrait un peu et s'inquiétait de l'irrégularité de la menstruation. Au mois de septembre, à l'époque menstruelle, le sang n'a pas paru; elle fut atteinte des mêmes douleurs que lors de son entrée à l'hôpital; fut forcée de rester au lit pendant quatre semaines, et fut traitée par des applications de cataplasmes et d'emplâtres belladonés.

Nous revoyons la malade le 14 décembre; la guérison est aujourd'hui confirmée, la menstruation est régulière depuis le mois de novembre; les deux flux menstruels qui se sont montrés depuis cette époque n'ont provoqué aucun symptôme morbide; il n'existe plus de douleurs; l'état général est très-satisfaisant.

OBSERVATION IV.

Hématocèle rétro-utérine ; séjour prolongé au lit, expectation. Guérison.

Hôpital Lariboisière, service de M. Tardieu, au n° 15 de la salle Sainte-Joséphine, est couchée la nommée C..., âgée de 23 ans, couturière.

La malade est d'un caractère très-irritable; ses cheveux sont noirs ; sa peau était brune avant sa maladie ; sa constitution est bonne.

La menstruation s'est établie difficilement à l'âge de 17 ans ; les époques menstruelles reviennent tous les mois ; l'écoulement n'est jamais très-abondant.

Constipation habituelle.

Il y a trois ans, elle accoucha à terme et sans accidents d'un enfant qui vit encore; la grossesse avait été rendue pénible par des douleurs continues.

L'écoulement menstruel se rétablit au bout de deux mois.

Depuis deux ans, la menstruation est devenue irrégulière; les époques ne sont plus séparées que par quinze jours d'intervalle.

Depuis deux ans aussi, la jeune femme est constipée ; elle est obligée de prendre des lavements.

Il y a huit mois, sans qu'il y eût coïncidence de l'époque menstruelle, la malade fut atteinte de douleurs abdominales qui nécessitèrent un repos de quinze jours; depuis ce moment, les règles sont précédées pendant vingt-quatre heures de douleurs dans la région sacrée, et suivies de lassitudes et d'affaiblissement des forces.

L'écoulement sanguin est très-abondant, s'accompagne parfois de caillots, et dure cinq jours ; il ne survient pas de leucorrhée à sa suite.

Il y a six mois, variole confluente, pendant laquelle les règles ne cessèrent pas d'être régulières.

Le 15 octobre. Écoulement menstruel se prolongeant jusqu'au 20.

Le 21. La malade se livra à un coït exagéré pendant lequel elle ressentit dans l'abdomen une douleur subite, très-aiguë ; elle garda le lit pendant vingt-quatre heures, et tout symptôme de maladie disparut.

Le 29. La jeune femme se livra de nouveau avec ardeur au coït ; elle éprouva, pendant l'acte vénérien, une douleur identique à celle qu'elle avait ressentie huit jours avant ; elle resta couchée pendant plusieurs heures.

Elle put encore se lever, et jusqu'au 1er novembre, s'occuper de quelques affaires d'intérieur.

Pendant ce laps de temps cependant elle éprouva des frissons, du malaise et une douleur hypogastrique.

La douleur s'accroissant, les frissons ne discontinuant pas, la jeune femme se mit au lit le 1er novembre. Elle fut prise de vomissements tous les jours, et plusieurs fois même en vingt-quatre heures.

Le 5 novembre, le Dr Labarraque, appelé à cause de l'acuité des douleurs, constata l'état suivant: la malade vomissait, n'allait pas à la selle, était à chaque moment prise de frissons, de douleurs expulsives excessivement vives; le ventre était tuméfié; la peau était devenue anémique; M. Labarraque fit appliquer 30 sangsues sur la région hypogastrique.

Les jours suivants, la malade se sentit mieux, se plaignant cependant d'une grande faiblesse et d'une constipation opiniâtre.

Le 7. Elle entre à l'hôpital Lariboisière.

État actuel. La peau est d'une teinte jaune anémique très-prononcée; la malade est très-faible, et plongée dans la prostration; la peau est fraîche; le pouls mou, petit, et bat à 96 pulsations par minute; pas de souffle carotidien; la langue est saburrale; l'appétit assez vif; la soif ardente.

La malade se plaint de constipation.

Palper abdominal. La paroi abdominale antérieure est soulevée au-dessus du pubis par une tumeur résistante, mate à la percussion, immobile et douloureuse surtout à gauche.

La tumeur s'étend à partir du pubis jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; elle occupe principalement la partie gauche du ventre; sa limite à gauche est une ligne verticale partant de l'épine iliaque antéro-inférieure; à droite, elle est limitée par une ligne verticale partant du canal crural; la tumeur à droite est distante de sept travers de doigt d'une ligne transversale passant par l'ombilic, tandis qu'à gauche elle n'est distante que de quatre travers de doigt de cette même ligne.

A la limite supérieure nous constatons une sonorité tympanique.

Postérieurement, la masse abdominale paraît se perdre dans le petit bassin.

Toucher vaginal. Pour arriver jusqu'au col de l'utérus, le doigt doit être porté en avant; son extrémité doit être recourbée; alors seulement la pulpe du doigt arrive à toucher le col qui est fortement appliqué contre le pubis, comme aplati, immobile, et légèrement entr'ouvert; la distance qui sépare le col de l'orifice vulvaire est de 6 centimètres.

En arrière du col, entre lui et le rectum, est une tumeur qui déborde en bas le col de 3 centimètres, et est, par conséquent, distante de 3 centimètres de l'orifice vulvaire; cette tumeur a repoussé en bas le cul-de-sac vaginal postérieur,

dont la muqueuse est fortement tendue ; entre la tumeur d'une part, le col utérin et le rectum, d'autre part, est un espace linéaire où le doigt pénètre avec peine.

La masse est rénitente ; en plusieurs points, douloureuse, immobile, et remplit toute la cavité du petit bassin, contre les parois duquel elle paraît étroitement appliquée, surtout à gauche.

La main appliquée sur la tumeur abdominale, et le doigt sur le col, nous n'avons pu savoir où était placé le corps utérin.

Nous n'avons pas perçu de sensation de flot, ni de battement d'artère dans la tumeur vaginale.

L'examen au spéculum est modérément douloureux ; les parois du vagin, la muqueuse qui recouvre la tumeur, ne présentent rien d'anormal.

Par les parties génitales, il s'écoule une assez grande quantité de sang, dont nous avons constaté la source utérine au moyen du spéculum.

La jeune femme éprouve continuellement des douleurs expulsives ; par moments, ces douleurs augmentent d'intensité, sont piquantes, et partent de la région sacrée.

La position assise est impossible ; la malade est contrainte de rester dans le décubitus dorsal.

Le diagnostic porté par M. Tardieu est hématocèle rétro-utérine.

Calomel, 30 centigrammes en 6 paquets ; repos au lit.

Le 9. La malade se plaint de fréquents besoins d'aller à la selle ; nous constatons que c'est du ténesme, et qu'il sort par l'anus une notable quantité de mucus légèrement sanguinolent. — Lavement laudanisé.

Le 9. Même état de ténesme. — Même traitement.

Le 12. Les symptômes dysentériques n'existent plus.

Le ventre est moins ballonné, moins douloureux.

Le 13. La tuméfaction abdominale a beaucoup diminué ; ce n'est que profondément, et seulement à gauche, que le palper fait reconnaître une tumeur molle et douloureuse.

La percussion donne un son clair jusqu'à une ligne transversale passant à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Rien ne s'écoule plus par le rectum ; mais par le vagin nous notons un écoulement sanguin continu.

La teinte anémique n'a pas changé.

Le 19. La malade se trouve assez bien pour désirer terminer sa convalescence chez elle.

Voici l'état de la malade avant sa sortie.

La teinte de la peau est toujours aussi pâle, aussi jaune ; la vivacité du regard est revenue.

Nous ne constatons plus de tumeur hypogastrique ; la pression ne détermine aucune douleur.

Toucher vaginal. Le col est à une distance de 5 centimètres de l'orifice vulvaire ; il est à deux travers de doigt en arrière du pubis ; il est induré, entr'ouvert, mobile.

En arrière du col, paraissant appliquée sur la face antérieure du rectum, est une plaque distante de 4 centimètres de l'orifice vulvaire, empâtée, indurée en d'autres points, présentant en deux endroits des nodosités arrondies ; plaque large de 4 centimètres, se perdant en haut dans la cavité pelvienne sans que le doigt puisse atteindre sa limite supérieure.

Nous avons combiné le palper hypogastrique et le toucher vaginal ; nous n'avons pu sentir entre nos doigts aucune tuméfaction.

Ces manœuvres ne provoquent pas de douleur.

Le 29. Nous revoyons la malade.

Depuis sa sortie, elle n'est pas restée au lit pendant le jour ; elle a vaqué à ses occupations dans sa chambre ; a lavé son linge, s'est livrée avec ardeur au coït, plusieurs fois et sans douleur.

Depuis hier, elle ressent une douleur sourde dans l'aine gauche.

La constipation a persisté, et a nécessité des lavements.

Aucun liquide ne s'écoule par le vagin.

Toucher vaginal. A gauche nous trouvons les mêmes nodosités que le 19 novembre. La même tumeur, en forme de plaque, est appliquée à la face antérieure du rectum, quoique un peu moins épaisse et moins large.

Nous conseillons, comme traitement, les préparations ferrugineuses, le quinquina, un quart de lavement tiède tous les jours, et le repos au lit à la prochaine époque menstruelle.

Le 18 décembre. La malade est encore dans un état d'anémie assez prononcé.

La dernière menstruation s'est passée sans douleur ; l'écoulement a duré trois jours, et a été de moyenne quantité.

L'examen des organes génitaux ne fait plus découvrir aucune trace de maladie.

OBSERVATION V.

Hématocèle rétro-uterine ; séjour prolongé au lit, expectation. Guérison.

Hôpital Lariboisière, service de M. Tardieu, au n° 26 de la salle Sainte-Joséphine, est couchée la nommée L..., 38 ans, cuisinière.

La malade est d'une constitution forte, d'une peau brune à l'état normal et d'un tempérament nerveux.

Elle a été réglée à 14 ans. Pendant six mois la menstruation a été douloureuse et irrégulière; depuis elle a été normale. A l'âge de 25 ans elle est accouchée d'un enfant à terme. Les suites de l'accouchement n'ont rien présenté de particulier. Le flux menstruel a duré ordinairement de trois à quatre jours; la malade dit «qu'elle perd énormément.»

Depuis deux ans l'écoulement est plus considérable encore; elle est obligée, pendant les époques menstruelles, de se garnir deux ou trois fois par jour.

Le sang est très-rouge, mais jamais en caillots.

La menstruation n'est pas précédée de douleurs.

Pas de leucorrhée ordinairement, pas de varices.

Depuis cinq ans la malade est constipée; elle était obligée de prendre des lavements tous les quatre ou cinq jours.

Le 25 décembre 1856, le flux menstruel s'est écoulé à l'époque normale. Pendant les quelques jours qu'elle a perdu du sang, elle a frotté l'appartement de ses maîtres, comme cela était son habitude.

Le 2 janvier, sans cause bien déterminée, elle éprouve, à quatre heures de l'après-midi, des coliques hypogastriques sans siége bien précis.

Il n'est survenu ni frissons, ni sueurs, ni nausées.

La malade se mit au lit et resta ainsi pendant quatre jours, souffrant par moments.

Elle voulut de nouveau travailler; le 9 janvier elle frotta deux pièces de l'appartement de ses maîtres. Le 10, à trois heures et demi du matin, étant au lit, elle est prise d'une douleur hypogastrique très-vive, plus vive que le 2 janvier. Elle fut obligée de rester au lit pendant neuf jours; elle a perdu, pendant ce temps, une quantité de sang égale à celle qui s'écoule pendant les époques menstruelles.

Le 19, elle a cherché à se lever; une heure après, la douleur la contraignit à se recoucher.

Depuis elle ne s'est pas levée, toujours souffrant par crises, éprouvant des frissons et tourmentée par une agitation continuelle.

Elle a ressenti quelques douleurs expulsives.

La miction urinaire a été difficile.

Le 27, la malade, effrayée par ses douleurs, par sa faiblesse, par la teinte jaune-paille de sa face, demande à être amenée à l'hôpital.

État à son entrée. La malade est d'une teinte jaune-paille remarquable; on la dirait atteinte de cachexie cancéreuse. Elle ne peut se tenir sur ses jambes, tellement est grand son état de faiblesse.

La malade attire notre attention tout d'abord sur son ventre.

Nous le trouvons considérablement distendu, comme le serait celui d'une femme grosse de six mois. Nous sentons une masse énorme, paraissant remplir tout le petit bassin et remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La masse est dure en certains points, molle en d'autres; elle est immobile; elle donne, par son volume et sa forme, l'idée d'une tête d'enfant d'un an. La surface en paraît régulière; cependant, en quelques endroits, nous sentons des corps durs, isolés. La percussion donne dans toute son étendue un son mat; nous avons dit sa limite supérieure. En bas elle se perd dans le petit bassin; latéralement elle occupe presque entièrement les deux fosses iliaques.

Son diamètre transversal est égal à 20 centimètres; de haut en bas elle mesure 11 centimètres.

Toucher vaginal. Le col utérin est facile à sentir. Il est à une distance de 4 centimètres et demi de l'orifice vulvaire et porté en avant derrière la symphyse. Les deux lèvres sont légèrement écartées l'une de l'autre; le doigt peut, en suivant la face antérieure du col, arriver jusqu'au corps de l'organe qui n'est pas augmenté de volume et qui est lui-même porté en avant.

En arrière du col est une tumeur repoussant en bas le cul-de-sac postérieur du vagin, tumeur dure en certains points, molle, œdémateuse en d'autres, appliquée étroitement contre la face postérieure du col et la face antérieure du rectum. Le cul-de-sac postérieur du vagin est distant de 6 centimètres de l'orifice vulvaire.

La tumeur paraît occuper une grande partie du petit bassin, à droite, à gauche et en arrière de l'utérus.

Le toucher vaginal ne permet pas d'arriver aux limites supérieures de la masse.

Nous avons combiné le palper hypogastrique et le toucher vaginal, et nous avons parfaitement perçu la sensation de flot en frappant du bout d'un doigt la paroi abdominale. Nous ajouterons cependant que cette sensation n'est perçue qu'en certains points.

Nous n'avons pu imprimer à l'utérus des mouvements; il paraît immobile.

Par le toucher rectal, nous avons retrouvé la tumeur comprimant fortement l'intestin. La surface de la masse paraît irrégulière, et sa consistance inégale.

Constipation. La malade éprouve une quinzaine de fois en vingt-quatre heures le besoin d'uriner. Par le vagin, il sort un liquide séro-sanguinolent. La malade est prise par moments de douleurs très-vives qui provoquent de faux besoins d'aller à la selle.

La peau est chaude; le pouls bat à 116 pulsations; il est petit.

La malade est obligée de garder le décubitus dorsal; les jambes et les cuisses

fléchies sur le ventre. La position assise, le décubitus latéral, sont rendus insupportables par la douleur qu'ils provoquent.

Le diagnostic porté par M. Tardieu fut *hématocèle rétro-utérine*. — Repos au lit ; cataplasmes sur le ventre ; lavement purgatif.

Le 30, la pression sur la tumeur détermine quelques douleurs abdominales vives.

La peau est chaude, le pouls petit, 110 pulsations.

Le 6 février, la malade éprouve des douleurs très-vives, expulsives, qui paraissent siéger dans la tumeur.

Quelques frissons suivis de sueur.

Le 11, les linges ne sont plus tachés par l'écoulement vaginal.

Le 17, quelques douleurs tourmentent la malade par moments.

La teinte jaune de la peau est moins prononcée ; la tumeur a un peu diminué, elle est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; elle donne encore l'idée d'une tête de fœtus de huit mois. Nous sentons à travers la paroi abdominale une certaine quantité de corps très-durs, séparés par des sillons, d'un volume variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une petite pomme, corps dont la réunion constitue la masse hypogastrique, aujourd'hui susceptible de quelques mouvements de locomotion. — Même traitement.

Le 23, époque menstruelle, à deux heures de l'après-midi, frisson suivi de chaleur et d'une sueur abondante ; pas de douleurs abdominales. Nous n'observons pas le soir de modifications dans la tumeur.

Le 24, frisson à la même heure qu'hier.

Le 25, sulfate de quinine, 50 centigrammes, quinze heures avant l'accès.

A trois heures du soir, frisson, chaleur et sueur.

Les 26, 27, malgré le sulfate de quinine, même accès. Pas d'écoulement sanguin à cette période menstruelle.

Jusqu'au 6 mars, la malade éprouve tous les jours un accès de fièvre, léger il est vrai.

Le 9, quelques douleurs abdominales ; constipation.

La tumeur ne remonte que jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — Lavement purgatif.

Le 15 mars, l'état général est satisfaisant. La tumeur a le volume d'une grosse orange, est très-dure, bosselée et très-mobile ; constipation persistante.

Depuis le 6 mars, la malade n'a pas éprouvé de frissons ni de sensation de chaleur. — Calomel, 50 centigrammes.

Le 16, la teinte de la peau n'est plus jaune, mais est redevenue blanche et colorée.

Toucher vaginal. Le col est difficilement senti ; il est placé plus haut que lors de l'entrée de la malade. Le doigt, pour le trouver, est obligé de se recourber en forme de crochet et d'aller le chercher en arrière du pubis. Le col est là, au fond d'un cul-de-sac, limité en avant par le pubis, en arrière par la tumeur. Cet espace où s'engage le doigt est large d'un centimètre ; la tumeur se trouve sur un plan inférieur à celui du col de 2 centimètres ; elle est arrondie, élastique.

Nous noterons une particularité que nous avons observée en palpant la région sus-pubienne ; nous y sentons deux parties de densité différente, une inférieure et une supérieure ; que si l'on palpe l'inférieure et que l'on touche en même temps le col utérin, les mouvements imprimés se transmettent avec la plus grande netteté. Le même mode d'exploration, employé pour la portion supérieure, donne l'idée que l'on a sous la main deux tumeurs différentes.

La masse abdominale occupe encore toute la moitié latérale droite du bas-ventre ; la moitié gauche est libre.

La pression détermine quelques douleurs.

Nous noterons que jusqu'à ce jour la malade ne s'est levée que pour satisfaire ses besoins.

Le 17, la chemise est salie de quelques taches d'un rouge pâle.

Quelques douleurs dans la région hypogastrique et sacrée.

Le 24, état assez satisfaisant.

Constipation persistante.

Le 25, époque menstruelle, douleurs vives, expulsives, dans l'hypogastre, dans la région sacrée, dans les aines.

Écoulement par le vagin d'un sang très-rouge.

Le 26, l'écoulement sanguin et les douleurs continuent.

Par moments, la malade est prise de chaleur et de sueur.

Le 27, l'écoulement sanguin persiste.

Le 29, cessation de l'écoulement.

Le 30, la malade est prise violemment de douleurs hypogastriques et inguinales.

Le 2 avril, l'état de douleur a persisté depuis le 30. La tumeur n'a pas varié.

Le 3, les douleurs ne tourmentent plus la malade.

Le 10, retour des douleurs hypogastriques et inguinales ; léger écoulement rosé.

Le 12, l'écoulement cesse ; il reste quelques douleurs légères.

Le 17, écoulement sanguinolent durant douze heures ; pendant ces douze heures, la malade est prise de frissons.

Le 20, réapparition d'un liquide sanguinolent ; douleurs vives ; le ventre est dur ; le pouls est résistant ; la peau fraîche.

Le 21, les douleurs ont cessé, mais l'écoulement continue.

Le 22, plus d'écoulement.

Le 24, état satisfaisant. La tumeur nous donne, comme volume, l'idée d'une pomme de moyenne grosseur ; elle est d'une dureté remarquable.

Jusqu'au 8 mai, rien à noter, si ce n'est quelques douleurs légères.

Le 8, fièvre intense ; douleurs très-vives.

Le 12, les douleurs ont persisté depuis le 8 avec la même acuité.

La tumeur ne diminue pas, elle est toujours aussi dure. — Bains alcalins, eau de Vichy.

Le 14, les douleurs ne reviennent que par intervalles. Écoulement sanguin peu abondant.

Le 20, cessation de l'écoulement.

Le 27, quelques douleurs.

La tumeur a beaucoup diminué ; elle occupe la partie latérale droite de l'utérus ; présente le volume d'un œuf de poule, est très-dure, complétement indolente et de forme irrégulière. — Nous n'avons pas discontinué l'usage de l'eau de Vichy, des bains alcalins et des lavements pour lutter contre la constipation.

Le 30, douleurs hypogastriques ; sentiment de malaise. La tumeur est sensible à la pression. — Vésicatoire volant au niveau de la tumeur.

Le 16 juin, la tumeur occupe la partie latérale droite de l'utérus, offre, comme il y a vingt jours, le volume d'un œuf ; est très-mobile.

Le col est toujours fixé en avant, derrière le pubis, au fond d'un infundibulum ; en arrière du col, le doigt sent toujours une masse dure, que l'on retrouve par le toucher rectal, et à laquelle on trouve le volume d'une pomme.

La malade éprouve, pendant la marche, des douleurs très-supportables.

Depuis une semaine, les selles sont plus faciles. — Vésicatoire volant au niveau de la tumeur.

Le 26 juin, au-dessus du pubis, et un peu à droite de la ligne médiane, la main sent une tumeur saillante sous la peau, indolente, arrondie, que l'on sait être l'utérus en pratiquant le toucher vaginal. Entre le fond de l'utérus et la tumeur qui la longe, à droite, existe un sillon de séparation très-net et très-évident.

Le toucher rectal nous permet de constater que la tumeur est composée de plusieurs petites masses très-dures et tout à fait indolentes.

Le 31, quelques douleurs légères.

Le 4 juillet, écoulement vaginal sanguin peu abondant.

Le 6, cessation de l'écoulement sanguin.

Le 7, la malade demande à sortir de l'hôpital.

Le 20, l'état est presque resté satisfaisant. Nous n'insisterons que sur quelques douleurs légères que la malade ressent dans l'hypogastre.

Le 24, écoulement menstrnel durant trois jours ; peu de douleurs ; la malade, à notre recommandation, est restée au lit pendant ces quelques jours.

Le 25 août, la constipation persiste ; quelques douleurs, provoquées par la marche, gênent la malade et la contraignent à garder la chambre.

A droite de l'utérus et en arrière, il reste une tumeur du volume d'une noix, très-dure, tout à fait indolente.

Le 26, apparition des règles sans douleur. L'écoulement est peu abondant, de couleur normale, et dure quatre jours.

Le 6 septembre, la malade ne souffre plus que quand elle éprouve le besoin d'aller à la selle. Elle est toujours constipée. Nous pratiquons le toucher vaginal, le toucher rectal, nous ne trouvons plus traces de tumeur. Le col utérin n'est plus au fond d'un infundibilum ; il est encore plus en avant qu'à l'état normal ; il est mobile. Quant au fond de l'utérus, nous ne le retrouvons plus au-dessus du pubis.

Enfin la malade nous paraît parfaitement guérie, et dans les derniers jours de novembre nous avons pu constater que la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VI.

Hématocèle rétro-utérine ; séjour prolongé au lit, expectation. Guérison.

(*Lectures on the diseases of women*, by Ch. West, part. I, p. 296 ; 1856.)

Une femme forte et d'une bonne santé, en apparence, nous est amenée à la consultation de l'hôpital Saint-Bartholomé ; elle paraît être dans un état très-grave ; son front est couvert de gouttes de sueur ; sa peau est froide, le pouls est faible.

Ajoutez à un état de souffrance très-vive, une sorte de coma et la sensation d'une boule hystérique. Après quelque moments de repos au lit, les douleurs diminuèrent, et elle put nous raconter l'histoire de sa maladie.

Elle est âgée de 33 ans, s'est mariée à 17 ans ; elle est accouchée, huit mois après son mariage, d'un enfant bien portant ; elle a eu trois fausses couches depuis : la dernière se fit il y a douze ans.

La menstruation a toujours été régulière ; mais, depuis ces deux dernières années, l'écoulement a été plus abondant qu'auparavant.

A 16 ans, elle a eu des douleurs analogues à celles qu'elle éprouve aujourd'hui ; mais alors on les traita heureusement par des applications de ventouses scarifiées et de sangsues.

Depuis huit ans, c'est-à-dire à l'âge de 25 ans, la douleur s'est montrée régu-

lièrement aussitôt après la menstruation et a duré une semaine. L'accès éclatait toutes les deux heures et durait une demi-heure à une heure.

L'état de santé de cette femme était généralement meilleur avant, et quelquefois pendant la période menstruelle; la douleur était souvent provoquée par un effort ou par le commerce sexuel, tandis que le repos, dans une position allongée, les faisait toujours disparaître.

La malade ressentait une sorte de gêne en urinant; la défécation était pénible, comme si un obstacle s'opposait à la sortie des matières fécales.

Pendant l'accès, elle se couchait sur son lit, se retournant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, versant des larmes, se plaignant de douleurs comme celles d'une femme en travail.

L'abdomen est tendu; son volume, considérable, est dû en partie à la quantité énorme de graisse qui tapisse les téguments; le moindre palper provoque dans les muscles abdominaux des contractions qui rendent toute exploration impossible pendant quelques minutes.

L'utérus est situé assez bas dans le bassin; la lèvre antérieure du col utérin est plus longue que la postérieure des trois quarts d'un pouce; le tissu du col est sain; l'orifice vaginal est un peu ouvert.

A gauche de l'utérus, et s'étendant un peu en avant, existe une tumeur bosselée, molle au toucher, paraissant tenir à l'utérus; mais l'introduction de la sonde utérine jusqu'à une profondeur de 4 pouces ½ nous a prouvé que nous avions affaire à une tumeur extra-utérine et indépendante de ses annexes.

Une première forte dose de quinine fut donnée à de courts intervalles, mais eut un mince résultat.

L'opium triompha de la douleur.

Elle fit un séjour prolongé au lit, fut mise à la diète, et nous cherchâmes pendant son séjour à prévenir les accès.

La malade quitta l'hôpital complétement guérie.

OBSERVATION VII.

Hématocèle rétro-utérine; ponction. Guérison.

Hôpital des Cliniques, service de M. le professeur Nélaton. Au n° 3 de la salle des femmes, est couchée la nommée L..., âgée de 31 ans, couturière.

Cette malade nous raconte que la menstruation est survenue chez elle à l'âge de 13 ans. Rien de particulier ne s'est manifesté à cette époque. La malade s'est mariée à 15 ans; à 16 ans et demi, elle accoucha d'un enfant à terme; le travail

dura huit heures. Depuis ce premier accouchement, il n'est plus survenu de grossesse nouvelle. Cependant la menstruation s'est modifiée après cette couche : avant, les règles duraient huit jours et la quantité du sang était notable; mais depuis, l'écoulement s'est montré beaucoup plus abondant; si bien, qu'entre chaque période menstruelle, la malade remarque à peine huit jours d'intervalle. Elle a noté, en outre, que ces pertes étaient accompagnées d'une douleur continue au côté droit du ventre, douleur cessant avec les règles.

De temps en temps, la malade a perdu des caillots de sang.

Il y a trois semaines, sans cause connue, pendant l'époque menstruelle, la malade a ressenti une douleur très-vive dans le côté droit du ventre. Dans la même journée, elle a perdu des caillots de sang, comme elle en a perdu du reste quelquefois.

Ses règles ont duré douze jours.

En même temps qu'elle ressentait des douleurs, elle toucha son ventre et constata dans la partie hypogastrique droite une tumeur. Elle a continué cependant à vaquer à ses affaires, n'a eu ni fièvre, ni frisson.

Voici l'époque précise de l'apparition de la tumeur.

Les règles sont survenues le 6 avril, elles se sont terminées le 20; c'est le 6 que la malade a senti sa tumeur.

Le 21, époque de la cessation des règles, la malade a ressenti dans le bas-ventre des douleurs très-vives, lancinantes et continues; elle s'est vue forcée de garder le lit et de rester dans le décubitus dorsal.

La malade a vu, depuis cette dernière époque, augmenter graduellement la tumeur; l'acuité des douleurs la décide à entrer à l'hôpital.

Entrée de la malade à l'hôpital, le 2 mai 1856.

La malade est d'un caractère très-irritable; ses cheveux sont noirs; elle a une peau brune ordinairement, mais aujourd'hui décolorée et d'une teinte anémique très-prononcée; les conjonctives sont blanchâtres.

La malade est en proie à une agitation de tous les instants; elle ne pousse que plaintes et soupirs; elle paraît souffrir très-vivement; les douleurs sont lancinantes; elle les compare aux douleurs de l'enfantement. La moindre pression sur le ventre les réveille.

Le palper abdominal est difficile à pratiquer; les douleurs sont un obstacle à l'exploration. L'inspection du ventre, à la simple vue, montre que la région sous-ombilicale est occupée par une énorme tumeur, tellement saillante, qu'elle forme un relief de 1 centimètre dépassant l'ombilic. La région épigastrique est creuse, par rapport à la région sous-ombilicale.

Le palper permet de constater les signes suivants :

La tumeur semble se prolonger dans l'excavation pelvienne; elle est située du côté droit de l'abdomen; elle est fixe dans cette région. Quand la malade se couche sur le côté gauche, la tumeur devient plus saillante, elle est fluctuante; elle offre le volume d'une tête de fœtus.

A gauche, dans la région hypogastrique, la main sent une petite tumeur très-dure, compacte.

Toucher vaginal. Le col est porté en avant et se trouve rapproché de la vessie; le vagin est court; le col se trouve de suite et est comme accolé à la face postérieure de la symphyse. Le col est petit, mince, aplati.

Si on explore les parties voisines, on trouve en arrière une tumeur du volume d'une orange, rénitente, se continuant avec la tumeur sentie par le palper abdominal; le flot y est assez facilement senti.

Par le toucher rectal, on retrouve cette même tumeur, mais le doigt ne peut arriver jusqu'à sa limite supérieure.

Nous avons examiné au spéculum le vagin, et nous avons constaté dans le cul-de-sac postérieur du vagin une coloration violacée.

Les parties génitales sont baignées de sang.

Constipation. La malade est en proie à des douleurs excessives qui lui enlèvent tout sommeil. Certaines douleurs sont passagères et lancinantes, d'autres sont continues et affectent le caractère de douleurs pesantes et la plongent dans une agitation de tous les instants.

Peau brûlante, pouls moyen, 112 pulsations.

M. Nélaton essaye en vain de calmer les douleurs. Sangsues à l'anus, bains, opium, rien n'y fait.

Le 7, il se décide alors à ponctionner la tumeur dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Il s'écoule un liquide rouge noirâtre, composé de sérosité et de sang.

La quantité est de 1 litre 62 centilitres.

A partir du moment de la ponction, les douleurs cessent.

Le 9, nous déprimons facilement la paroi abdominale, et pouvons reconnaître que l'utérus est incliné à gauche.

Depuis la ponction, aucune goutte de liquide n'a taché la chemise.

La malade se trouve si bien, qu'elle demande sa sortie, ce qui lui est refusé absolument.

Le 12, le palper abdominal permet de constater sur la ligne médiane, et à peu de profondeur, une tumeur dure, allongée, mobile, mais tenant à une base éloignée. L'utérus est à gauche.

Quelques douleurs abdominales vagues.

Le 15, la tumeur médiane paraît s'accroître; elle a la consistance des tumeurs fibreuses; elle participe des mouvements imprimés à l'utérus.

La menstruation est apparue aujourd'hui, à son époque normale. — Bonne alimentation et repos au lit.

Le 28. La nuit dernière, la malade a senti s'écouler, sans douleurs préalables, une assez grande quantité de liquide couleur café ; une partie est tombée par terre; elle en a recueilli dans son vase de nuit la valeur de 500 grammes.

L'écoulement a duré huit heures abondamment et s'est terminé.

Le 29, au soir, ce liquide avait une odeur infecte. Du reste, pas la moindre souffrance, pas le plus léger accident.

Le 31, le col est toujours en avant; il est impossible de retrouver trace de la ponction.

La tumeur abdominale est moins sous-cutanée, moins facilement sentie; elle se trouve à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La palpation ne cause aucune douleur.

De temps à autre, la malade ressent dans la cavité pelvienne des douleurs lancinantes.

Pas de constipation; appétit.

Le 1er juin, sortie de l'hôpital.

Le 2, perte de sang très-abondante par le vagin. La quantité écoulée est évaluée par la malade à 1 litre.

Pas de douleurs.

Le 4, le palper abdominal ne fait plus constater de tumeur; cette masse si considérable que nous sentions il y a encore trois jours, a entièrement disparu ; la main ne rencontre plus qu'un peu d'empâtement.

Le col utérin est toujours abaissé et porté en avant; le fond de l'utérus est dans la partie gauche du petit bassin, au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin; le doigt rencontre une masse dure, indolente, aplatie d'avant en arrière.

Le 6, douleurs sourdes dans le côté droit du ventre, sensation de pesanteur anale.

La malade nous raconte qu'hier elle a senti, en introduisant le doigt dans le vagin, une tuméfaction dans la cloison recto-vaginale; elle nous ajoute que ce symptôme lui a toujours annoncé une perte. En effet, dans la nuit du 6 au 7, la chemise de la malade est salie par des taches sanguines.

Le 7, sentiment de gêne dans l'abdomen.

L'écoulement sanguinolent continue, peu considérable, il est vrai.

L'état général est satisfaisant; l'appétit est très-vif.

Le 11. Depuis le 9, le liquide, jusqu'alors sanguinolent, a pris les caractères du muco-pus.

Cette nuit, la malade l'a senti s'échapper comme un jet; la quantité en est évaluée, par la malade, à un demi-litre.

Persistance de la pesanteur anale.

Pas de douleurs vives.

Le 14, les règles n'apparaissent pas à leur époque normale.

Le 15, sortie par le vagin d'un liquide mucoso-purulent, s'écoulant sans interruption.

Le 17, persistance de la pesanteur anale.

Le 21, apparition des règles; évacuation de caillots; absence de douleurs.

L'écoulement menstruel se prolonge jusqu'au 24.

Le 25, écoulement séreux.

Nous avons, depuis, revu cette malade à plusieurs reprises; la guérison est définitive; la menstruation s'est rétablie régulièrement, mais toujours avec la même abondance; absence de douleurs, mais persistance d'un écoulement leucorrhéique dans l'intervalle des règles.

OBSERVATION VIII.

Hématocèle rétro-utérine; ponction. Mort.

Hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 4. Elisa, de Senlis; 24 ans; mariée. Entrée le 22 juin 1856 (1). Tempérament nerveux; constitution sèche et bonne; un peu chlorotique; réglée à 14 ans et demi; la menstruation s'est établie facilement; elle s'est reproduite régulièrement et toujours abondamment; depuis deux ans, sont survenus quelques troubles nerveux qui paraissent déterminés par la chlorose (gastralgie, coliques), précédant l'apparition des règles; mariée en 1851; trois avortements de 1851 à 1853, les deux premiers à deux mois, le troisième à quatre mois.

En 1853, accouchement à terme; suites de couches heureuses et réapparition des règles après six semaines; les règles reviennent régulièrement, jusqu'en février 1856; à dater de cette époque, suppression complète, sans cause connue; la malade se croit enceinte, et, pendant deux mois, n'éprouve aucune atteinte à sa santé.

---

(1) Observation communiquée par M. Silvestre, interne des hôpitaux.

Les règles reparaissent brusquement le 25 avril, à quatre heures de l'après-midi; malgré cela, la malade se rend à une soirée, et, sans avoir dansé, sans avoir fait d'autres efforts que ceux qu'exige le chant, elle éprouve brusquement envie d'aller à la garde-robe, accompagnée de douleurs de reins et de pesanteur à l'anus.

Elle est transportée à sa demeure; il survient une perte; les douleurs continuent à de courts intervalles, et l'écoulement ne s'arrête que par la cautérisation.

Le retour périodique des douleurs fait croire à une névralgie de l'anus; le médecin appelé persiste un mois dans son diagnostic; à cette époque, il croit reconnaître une affection du col utérin, et le cautérise avec du nitrate d'argent et de la pâte de Vienne; trois ou quatre jours après cette cautérisation, la perte, qui s'était arrêtée, reparaît de nouveau, dure quinze jours, et jusque-là on n'a pas soupçonné la présence d'une tumeur; dans les premiers jours du mois de juin, on reconnaît une tumeur faisant saillie d'un côté dans le vagin, et de l'autre dans la fosse iliaque droite.

Le médecin croit à un cancer ou à une tumeur fibreuse; la perte reparaît le 10 juin, et la malade entre à l'hôpital le 22 juin 1856.

État actuel. La malade est d'une pâleur qui appartient à la chlorose, et non à la diathèse cancéreuse.

Le ventre est peu développé; à droite, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, immédiatement au-dessous de la peau, on reconnaît une tumeur dure, mobile, douloureuse à la pression, du volume d'un œuf de poule, et présentant son grand diamètre dans le sens du ligament large; la forme n'est pas celle d'un œuf, mais d'un cône un peu recourbé, dont la base regarde le bord droit de l'utérus, et le sommet la fosse iliaque du même côté; la fosse iliaque gauche est libre; sur la ligne médiane, on peut sentir, en déprimant les téguments, l'utérus avec son volume normal.

Voici les renseignements fournis par le toucher vaginal : le vagin est court; le col de l'utérus est volumineux, de consistance ordinaire, rugueux, et porté en bas et en avant; le cul-de-sac postérieur est libre à gauche; vers la ligne médiane, on sent une saillie qui augmente à mesure qu'on se rapproche du côté droit; là se trouvent plusieurs bosselures, assez peu douloureuses au toucher, très-consistantes; l'utérus fait corps avec ces tumeurs, et c'est à peine si la pression exercée alternativement sur le col de l'utérus et le fond de la tumeur fait éprouver un léger déplacement à toute cette masse.

Le toucher rectal indique une tumeur faisant saillie dans le rectum.

Du 22 au 29 juin. Les douleurs disparaissent ou diminuent notablement; la malade est pâle.

Du 29 jiun au 7 juillet. La malade éprouve des douleurs dans les reins, dans le ventre (coliques), du ténesme rectal et des douleurs se prolongeant jusque dans les cuisses ; les traits étaient très-altérés, le ventre sensible à la pression, et si le pouls n'avait pas été calme, on eût pu craindre le développement d'une péritonite.

Le 7. Ponction, avec un trois-quarts explorateur, dans la portion de la tumeur qui fait saillie dans la fosse iliaque ; la tige est enfoncée au moins à 4 ou 5 centimètres; cette ponction ne donne issue à aucun liquide.

Depuis cette époque, les douleurs diminuent et disparaissent presque complétement, pour ne plus revenir que de temps à autre ; la malade recouvre sa gaieté.

Du 7 au 25. La portion de la tumeur qui fait saillie dans la fosse iliaque diminue d'une manière notable, tout en conservant sa consistance.

Le 29. Ponction, avec un trois-quarts fin, dans la tumeur molle qui fait saillie dans le vagin ; issue de quelques gouttes d'un liquide épais, noirâtre, ressemblant à du sang.

Pendant la journée. Ecoulement de 3 ou 4 cuillerées de ce liquide ; injection de pavot et de guimauve. A midi, un peu de fièvre ; chaleur à la peau et céphalalgie ; pas de douleurs dans la tumeur.

Le 30. Pas de douleurs ; l'écoulement est arrêté ; au toucher, on reconnaît, au niveau du point où était la mollesse, de petites tumeurs dures et saillantes, du volume d'une noisette; les mêmes tumeurs saillantes et dures existent dans la moitié gauche du cul-de-sac vaginal.

Le 31. L'écoulement ne s'est point reproduit ; des douleurs sont survenues durant la nuit, et ont été assez vives pour empêcher le sommeil ; elles continuent le matin. Au toucher, M. Voillemier trouve dans le cul-de-sac une tuméfaction, un empâtement qu'il qualifie d'inflammation ; les douleurs continuent dans la journée. La malade prend 30 gouttes de laudanum, et quelques cuillerées d'un julep contenant 10 centigrames de chlorhydrate de morphine; elle s'endort pendant quelques heures ; on fait quelques injections émollientes dans le vagin ; pas d'écoulement sanguin.

Quatre heures du soir. Le ventre est douloureux à gauche comme à droite ; il n'est point ballonné; quelques frissons et quelques nausées. (Boissons froides ; glace.) Peau chaude; pouls accéléré ; céphalalgie. — Continuer le julep.

Onze heures du soir. Les douleurs continuent; le facies est empreint de fatigue, mais sans altération caractéristique. — 10 gouttes de laudanum; nouveau julep de 0,05 chlorhydrate de morphine.

Le 1er août. Nuit agitée; mêmes douleurs dans le ventre, sensible, non ballonné; facies non altéré; pas de délire ; peau chaude, moite; pouls accéléré, ni trop fort, ni trop faible; douleur en urinant; n'a pas cessé d'accuser des douleurs.

— Sangsues sur l'abdomen; écoulement de sang peu abondant; julep 0,10 chlorhydrate de morphine.

Quatre heures. Pas de sommeil; agitation sans délire; facies non altéré; pâleur et faiblesse, décoloration des lèvres résultant de la perte de sang; œil animé; bas-ventre très-sensible à la pression, non ballonné; pas d'écoulement; douleurs spontanées assez vives; peau moite; pouls fréquent, précipité, petit sans être misérable; vomissement d'un liquide coloré en brun, contenan des cellules épithéliales, des globules sanguins altérés. — Seltz.

Le 2. Les traits sont légèrement tirés; yeux entourés d'un cercle noir et profondément enfoncés dans l'orbite; ventre sensible et ballonné; les vomissements noirâtres, couleur café au lait, se reproduisent, malgré la glace et l'eau de Seltz. (Potion de Rivière.) Pas de selles; intelligence nette; faiblesse considérable.— Frictions d'onguent mercuriel belladonné.

Midi. Mort.

Autopsie après vingt-quatre heures.

A l'ouverture, l'abdomen laisse échapper des gaz fétides, et plus d'un litre d'un liquide épais et brunâtre. Le péritoine lui-même présente une coloration noirâtre. Les intestins sont distendus par des gaz, et leurs parois sont le siége d'une riche vascularisation. L'épiploon peu développé dans son diamètre transversal, descend jusque dans le petit bassin; il a contracté des adhérences avec l'utérus et l'intestin grêle. Le rein gauche se trouve porté en bas et en dedans; il repose sur la symphyse sacro-iliaque gauche, et a rejeté en dedans l'*S* iliaque qui occupe la ligne médiane au-dessous de l'angle sacro-vertébral. En suivant l'*S* iliaque pour arriver au rectum qui est placé sur la ligne médiane, on trouve une tumeur qui présente le volume du poing; elle s'étend à droite jusqu'à l'os iliaque, à gauche jusqu'au niveau du bord correspondant de l'utérus qu'elle dépasse en haut. Inférieurement elle plonge dans la cavité du petit bassin où nous la suivrons plus tard. En avant, on rencontre la disposition suivante:

Sur la ligne médiane, l'utérus: il est plus développé qu'il ne l'est habituellement dans l'état de vacuité. Son diamètre transversal, au niveau du fond, est de 0,10 centimètres; son diamètre vertical, de 0,07. En incisant la paroi antérieure, on pénètre dans la cavité qui est normale, vide. L'épaisseur des parois est de 0 m. 02.

La vessie occupe sa position normale; elle est ouverte par le fond. Tout autour du col et dans le bas-fond on trouve une injection très-riche qui explique la dysurie observée pendant la vie.

Latéralement et du côté droit la tumeur répond immédiatement en avant au

ligament, large dont il est impossible de distinguer les trois replis. A l'extrémité externe, se trouve une petite tumeur, qui ressemble à l'ovaire par sa forme et son volume; c'est la saillie en forme de corde allongée et contournée que l'on sentait à travers les parois de l'abdomen. Elle est libre par son extrémité supérieure. Son extrémité inférieure se continue avec une nouvelle tumeur qui occupe l'épaisseur même du ligament large, et qui descend sur le bord droit de l'utérus. On peut la suivre jusque sur le plancher du petit bassin.

Du côté gauche, les organes sont dans leurs rapports normaux, et ne présentent aucun changement soit dans leur forme, soit dans leur structure.

Du côté du petit bassin, voici ce que l'on observe : l'examen du vagin au toucher n'indique plus les signes que l'on rencontrait pendant la vie. Plus de tumeur médiane, plus de bosselures au niveau de la portion droite du cul-de-sac vaginal. A la vue, on aperçoit la ponction pratiquée au niveau de la tumeur située derrière le col. Les lèvres de la ponction sont réunies par une exsudation plastique qui se laisse facilement détruire par un stilet.

Tel est le résultat fourni par l'examen du petit bassin, les organes étant laissés en place. Avant d'examiner chacune des tumeurs en particulier, afin de voir leurs rapports, leur conformation et leur siége, je dirai deux mots du péritoine, ou du moins de ce qui m'a paru être le péritoine. A partir du rein gauche, qu'elle tapisse en avant, cette membrane passe sur la face antérieure de l'*S* iliaque et du rectum; de là, elle gagne le sommet de la tumeur rétro-utérine, et vient se jeter sur le fond de l'utérus, où elle se comporte comme à l'état normal, avec cette différence que toute la face postérieure est dépourvue de péritoine. La disposition de cette membrane, sur les parties latérales, ne présente pas de changement. A droite, cependant, elle tapisse la même tumeur avant d'atteindre le ligament large. On voit donc par là que le cul-de-sac rétro-utérin n'existe plus; que le péritoine est refoulé en haut par une tumeur qui sépare le rectum de l'utérus.

Sur la ligne médiane, on voit une perforation du péritoine, perforation qui fait communiquer la cavité de la séreuse avec la cavité de la tumeur rétro-utérine, et qui a dû être antérieure à la mort, puisque le liquide qui sort de cette ouverture est de même couleur que celui de la cavité péritonéale.

Cette portion de péritoine se détache assez facilement de la tumeur. En poursuivant la dissection, on parvient à circonscrire le kyste, et à l'isoler en partie de l'utérus et du rectum. Après cet isolement qui se fait avec la plus grande facilité, on trouve que les faces correspondantes de l'utérus et du rectum sont tapissées par une membrane lisse qui a bien quelque analogie avec le péritoine.

Je reviendrai sur ce point. Quoi qu'il en soit, la tumeur rétro-utérine tient inférieurement, par un point de sa circonférence, à la base du ligament large du côté

droit. Nous verrons que c'est par là qu'a lieu la communication avec la tumeur située dans l'épaisseur du ligament large.

La tumeur rétro-utérine est constituée par une poche contenant un liquide, dont une partie s'est écoulée dans le péritoine, et des caillots. Les parois de ce kyste sont épaisses de 7 ou 8 centimètres. Elles sont lisses par leur face externe; çà et là cependant on aperçoit des tractus qui constituaient les adhérences de la tumeur avec les organes voisins, et qui se déchiraient presque sans efforts. La face interne est tomenteuse, noirâtre; des caillots sanguins y sont encore attachés. Les parois paraissent formées par des couches concentriques formées d'un tissu blanchâtre.

La cavité contient, ai-je dit, des caillots sanguins; les uns sont encore attachés aux parois, les autres, c'est le plus grand nombre, flottent dans la cavité au milieu d'un liquide boueux, noirâtre. Presque tous sont noirâtres; quelques-uns sont roses, et paraissent constitués par de la fibrine, en partie décolorée.

Cette poche communique avec celle qui occupe l'épaisseur du ligament large; en effet, en pressant cette dernière, on voit sourdre dans la première un liquide noirâtre parfaitement semblable à celui dont j'ai parlé. Cette communication a lieu, sans doute, par un orifice fort étroit, à juger par la difficulté qu'on éprouve lorsqu'on explore avec un stylet.

La tumeur, située dans les feuillets du ligament large, se trouve située immédiatement au-dessous de l'ovaire qui lui forme une paroi; elle se dirige obliquement en bas et en dedans, pour atteindre l'utérus à la réunion du corps avec le col de cet organe. Elle est recouverte en avant par le péritoine, et répond à la paroi abdominale antérieure, à travers laquelle on la sentait pendant la vie. En arrière, elle est encore recouverte par le péritoine qui l'isole de la première; elle est enkystée comme elle, mais ses parois sont moins épaisses et moins distinctes des tissus ambiants.

Elle contient avec les caillots sanguins divisés, et avec le liquide boueux et noirâtre, une masse plus rouge ressemblant à un coagulum; son volume est celui d'une grosse noix; il est à peu près conique, à base tournée en bas, et tenant par son sommet à un pédicule implanté sur le bord adhérent de l'ovaire. La trompe vient mourir sur la paroi antérieure de cette tumeur, mais ne s'ouvre point dans sa cavité. Le pavillon a disparu, et se perd avec les tissus qui constituent le kyste sanguin.

Quant à cette masse de caillots qui a inspiré à M. Voillemier l'idée d'une grossesse extra-utérine, l'examen minutieux n'a donné aucun résultat favorable à cette hypothèse.

J'ai dit que la tumeur du ligament large communiquait avec le kyste rétro

utérin, au moyen d'un orifice étroit et sinueux ; elle communique aussi avec la tumeur située dans la cloison recto-vaginale, par un orifice également étroit et sinueux. Cette tumeur n'a pas été ouverte complétement. Toutefois son contenu ne diffère point de ce qui a été trouvé dans les autres, à en juger par ce que la pression en fait sortir. C'est cette tumeur que l'on sentait par le vagin, et c'est sur elle qu'a été pratiquée la ponction avec le trois-quarts. En faisant pénétrer un stylet par cette ouverture, on parcourt la poche qui paraît avoir la capacité d'une petite pomme, et l'on arrive avec beaucoup de difficulté dans la tumeur du ligament large.

OBSERVATION XVI.

Hématocèle rétro-utérine ; repos au lit, expectation. Guérison.

Hôpital de la Charité, service de M. le Dr Briquet. Au n° 27 de la salle Sainte-Marthe est couchée la nommée B..., couturière, âgée de 30 ans, d'une constitution faible.

La malade a eu trois couches, la dernière il y a trois mois.

Il y a trois semaines, retour du flux cataménial ; huit jours après, sans cause connue, douleurs dans l'hypogastre, dans la région sacrée, nécessitant le repos au lit.

La malade entre à l'hôpital le 25 août 1854.

Le facies de la malade est pâle, anémique.

Toucher vaginal. Le col utérin est entr'ouvert, fortement porté en avant.

En arrière, entre le col et le rectum, est une tumeur dure, douloureuse, distincte de l'utérus par sa consistance différente, molle en certains points, ne suivant pas les mouvements imprimés au col utérin, irrégulière dans sa forme, du volume d'une grosse pomme.

Par le toucher rectal, on sent une masse énorme, irrégulière, dont la limite supérieure est impossible à atteindre.

Douleurs piquantes en certains moments, expulsives en d'autres, ayant leur siége dans la région hypogastrique gauche, se portant dans la partie supérieure de la cuisse, de la hanche gauche et de la région sacrée, augmentées par la marche et la pression du ventre. Anorexie ; appétit ; pas de constipation.— Bains ; cataplasmes.

Le 6 septembre. Moins de douleurs ; écoulement leucorrhéique.

Le 17. La malade, se trouvant sensiblement mieux, demande à sortir de l'hôpital.

Nous constatons que la tumeur rétro-utérine a diminué.

Le 10 novembre. L'état de santé s'est encore amélioré ; il n'existe plus trace de la tumeur.

OBSERVATION XVII.

Hématocèle rétro-utérine ; repos au lit, sangsues. Amélioration.

Hôpital de la Charité, service de M. le Dr Briquet. Au n° 13 de la salle sainte Marthe, est couchée la nommée C..., 24 ans.

Il y a onze jours, après un rapprochement sexuel, douleur dans la fosse iliaque droite, la forçant à se mettre au lit. Elle entre à l'hôpital le 27 octobre 1854.

Au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur et à droite, existe une tumeur très-douloureuse, arrondie, et remontant au delà des limites que peut atteindre le doigt.

Le col de l'utérus est porté en avant, derrière le pubis. En combinant le palper abdominal et le toucher vaginal, on ne sent pas le fond de l'utérus. Le toucher rectal permet d'arriver à la limite supérieure de la tumeur ; douleur au-dessus de l'aine droite. — Application de 25 sangsues à l'anus.

Le 7. Le col est toujours derrière le pubis ; la tumeur post-utérine a diminué. — 25 sangsues à l'anus.

Le 23. L'utérus a repris sa position normale ; l'induration post-utérine est à peine sensible ; aucune douleur.

La malade demande à sortir.

OBSERVATION XIX.

Hématocèle rétro-utérine ; séjour prolongé au lit, expectation. Guérison.

Hôpital Lariboisière, service de M. Tardieu. Au n° 34 de la salle Sainte-Joséphine, est couchée la nommée S..., ouvrière en parapluies, âgée de 25 ans.

Cette jeune femme est d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, n'a jamais eu de graves maladies ; elle a d'ordinaire la peau brune ; les cheveux sont d'un noir foncé.

La menstruation s'est établie chez elle à 15 ans, mais non sans accidents de dysménorrhée. Mariée à 18 ans, elle ne mena pas sa première grossesse à terme. L'accouchement prématuré se fit à sept mois et paraît avoir été provoqué par trois saignées consécutives pratiquées comme traitement de contractures des membres. Les veines des jambes sont restées depuis ce temps variqueuses.

La menstruation reparut après trois mois.

En 1852, nouvelle grossesse heureuse. Le second enfant mourut à l'âge de 2 ans et demi.

Sept mois après cette seconde couche, avortement de trois mois.

Au mois d'août de l'année 1854, quatrième accouchement. Le travail a duré douze heures ; l'enfant est mort de convulsions à l'âge d'un an.

Les règles ont reparu cinq mois plus tard.

Au mois d'août 1856, érysipèle de la face.

Depuis le mois de novembre 1856, la malade a cessé d'être réglée.

Dans les premiers jours de décembre, époque de la menstruation, cette jeune femme a été prise de douleurs abdominales erratiques. Quant à découvrir une cause à ces premières douleurs, nos questions ne nous ont conduit à aucun résultat. Pendant une quinzaine de jours, la malade a souffert à intervalles éloignés de cinq ou six jours ; l'accès durait d'un quart d'heure à une demi-heure. Les douleurs pouvaient être comparées à une sensation pénible de pesanteur, s'accompagnaient de dyspnée, d'agitation. Le premier accès a été suivi d'un léger écoulement de liquide séro-sanguinolent.

Cependant la malade n'a pas cessé de travailler ; elle a même été laver du linge au canal par un temps très-froid. L'état, à partir de ce jour, s'est aggravé d'une façon notable; en effet, le 15 décembre, s'est écoulée une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent, et les accès de douleurs se sont reproduits tous les deux jours, d'abord, puis tous les jours, puis toutes les douze heures.

Le 25 décembre, la malade se décida à consulter un médecin qui constata la présence de caillots intra-utérins, et conseilla le repos, des cataplasmes et des injections.

La maladie continua son cours. Dans la nuit du 28 au 29 décembre, la malade perdit par le vagin un caillot du volume d'une petite pomme; pendant les trois jours qui suivirent, ses linges furent salis par un liquide séro-sanguinolent abondant.

Le 30 décembre, un second caillot, du volume d'une noix, sortit des parties génitales.

Depuis, l'écoulement de liquide séro-sanguinolent n'a pas cessé. Les douleurs ont persisté avec une extrême acuité; elle est tombée dans une faiblesse inquiétante.

Elle entre à l'hôpital Lariboisière le 3 janvier 1857.

La peau de la malade est d'un blanc mat; les traits sont effilés ; les joues sont d'un rouge foncé.

La malade se plaint de bourdonnements d'oreille, d'une faiblesse extrême ; son intelligence est saine d'ailleurs.

Notre attention est attirée par la jeune malade sur son ventre ; nous y trouvons la peau flasque ; l'absence de ballonnement rend facile l'exploration.

Dans la région hypogastrique, existe une tumeur arrondie, qui se prolonge sur la ligne médiane jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; elle est assez mobile ; elle se prolonge à droite et à gauche de la ligne médiane, mais surtout à gauche, où on la sent jusque dans la fosse iliaque, au niveau du muscle psoas.

La surface de cette masse est régulière ; il est impossible au-dessus du pubis de rien sentir qui indique la présence du fond de l'utérus.

La tumeur donne au doigt la sensation d'un tissu assez ferme, mais cependant un peu empâté ; c'est à peine si le palper réveille quelques douleurs.

La percussion de la région sus-pubienne donne un son mat dans une hauteur de deux travers de doigt, mais au-dessus, le son est clair comme celui d'un intestin distendu par du gaz.

Toucher vaginal. Le col utérin est un peu plus volumineux que de coutume, distant de 5 cent. de l'orifice vulvaire ; ses lèvres sont indurées, et écartées de manière à laisser pénétrer la pulpe du doigt ; il est porté légèrement en avant. Si l'on palpe la région sus-pubienne et qu'on imprime des mouvements de haut en bas à la portion de tumeur que nous avons décrite, le doigt indicateur, placé sous le col utérin, sent d'une façon directe la transmission des mouvements, quelque minimes qu'ils soient.

L'utérus paraît en effet fixe et presque immobile.

En arrière du col, entre lui et le rectum, le doigt constate l'existence d'une masse volumineuse. Elle a repoussé le cul-de-sac postérieur du vagin en bas, si bien que nous la rencontrons à 2 centimètres au-dessus du museau de tanche. La tumeur est immédiatement appliquée sur le col et sur le rectum ; elle paraît contourner le col en affectant la forme d'un croissant, et se prolonge en haut, à droite et à gauche, sans que le doigt puisse en déterminer les limites supérieures ; nous avons pu mesurer ses diamètres transversal et antéro-postérieur.

Le premier est long de 8 centimètres ; le second est égal à la largeur de deux travers de doigt.

Les tissus qui séparent la tumeur du doigt explorateur sont souples et glissent facilement à sa surface. Nous avons examiné le vagin à l'aide du spéculum ; nous n'avons pas constaté de coloration anormale.

La consistance de la masse post-utérine est celle que donne un tissu œdémateux, empâté ; elle n'est pas fluctuante, soit qu'on la touche simplement par le vagin, soit qu'on unisse le palper abdominal à l'exploration vaginale.

Par le toucher rectal, on rencontre cette même masse occupant presque tout le petit bassin, comprimant le rectum. Le doigt ne peut arriver à la limite supé-

rieure de la tumeur. Nous ajouterons que ces explorations vaginale et rectale se sont faites sans provoquer de vives douleurs.

La malade nous montre ses linges salis par des taches, les unes d'un rouge clair, d'autres noirâtres. Les portions de linges où on en trouve sont comme empesées ; l'écoulement, du reste, est peu considérable.

La malade accuse des douleurs continues, sourdes, supportables cependant, dont elle nous précise le siége dans la tumeur; elle les compare à une sensation de pesanteur; elle nous ajoute sentir des pulsations analogues au pouls radial.

En outre de ces douleurs hypogastriques, la jeune femme en accuse d'autres ayant pour point de départ la région lombaire, et qu'elle compare aux douleurs expulsives de l'accouchement.

Les douleurs ne sont pas exagérées par une marche de peu d'instants, par l'action de monter les escaliers ; mais la malade ne saurait rester assise dans son lit, tellement les douleurs sont augmentées par cette position.

La malade ne va pas à la selle sans lavements; elle est fatiguée par des envies fausses et fréquentes d'aller à la selle.

L'urine ne présente rien de particulier; les besoins d'uriner ne sont pas plus fréquents qu'à l'ordinaire.

Nous constatons sur les jambes des varices, beaucoup plus volumineuses à droite.

Pas d'œdème aux membres inférieurs.

La respiration est bonne.

La peau est fraîche.

Nous ajouterons que les douleurs sont fréquemment accompagnées de frissons ; le pouls radial est mou; pas de bruit de souffle carotidien.

M. Tardieu diagnostique une hématocèle rétro-utérine et prescrit le repos, des cataplasmes et une nourriture modérée.

Le 10 janvier. La malade se plaint de douleurs expulsives de l'accouchement, de ténesme anal et vésical.

Nous constatons aujourd'hui une véritable fluctuation dans la tumeur; constipation,—Lavements.

Le 15. Constipation.

Le 25. Apparition du sang menstruel à l'époque normale.

Pas de douleurs.

Le 26. Douleurs donnant l'envie d'aller à la selle.

Le sang menstruel est peu abondant.

Le 27. Dans l'après-midi, la malade est prise de douleurs excessivement vives, qui lui arrachent des cris; ces douleurs font naître le besoin d'aller à la selle.

La malade vomit ; le pouls est petit et bat à 104 pulsations.

Nous constatons que la tumeur remonte aujourd'hui jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; la palpation est douloureuse.

Le 28. Les douleurs cessent, l'écoulement du sang menstruel persiste.

Le 1er février. Cessation de l'écoulement.

Le 3. La tumeur est de nouveau à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Quelques douleurs erratiques ; application d'un emplâtre belladoné sur l'hypogastre.

Le 15. La tumeur est à six travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; elle paraît plus dure qu'auparavant.

Constipation. La peau du corps commence à prendre une teinte plus foncée.

Jusqu'à ce jour la malade n'a pas quitté le lit.

Le 17. Quelques taches sanguinolentes sur la chemise.

Le 25. *Époque menstruelle.* Les linges de la malade sont salis par un sang d'un rouge foncé en plusieurs places, et noir en d'autres.

Le 27. L'écoulement sanguin continue en quantité modérée.

Nous avons de la peine à retrouver la tumeur par le palper hypogastrique simple.

Le 2 mars. L'écoulement cesse ; constipation.

Le 9. Quelques douleurs hypogastriques sur la ligne médiane.

Le 15. Ballonnement du ventre ; constipation ; pas de douleurs ; teint coloré. Magnésie, 8 grammes.

Le 16. Nous pratiquons en même temps le toucher vaginal et le palper hypogastrique ; nous sentons très-bien le corps utérin appliqué derrière le pubis ; le col est toujours en avant et très-facilement accessible au doigt.

Il est encore volumineux. En arrière de lui, dans le cul-de-sac postérieur, nous sentons plusieurs tumeurs, petites, très-dures, situées à 3 centimètres au-dessus du col.

Du reste, par le palper abdominal, nous constatons l'existence de deux masses semblables en arrière du corps utérin.

Constipation. Nous permettons, à partir de ce jour, à la malade de se lever ; elle n'avait pas mis le pied à terre depuis son entrée.

Le 24. Quelques douleurs.

Le 27. Retard de deux jours de l'*écoulement menstruel.* Le sang est abondant, rouge.

Le 1er avril. Le sang cesse de couler par le vagin.

Le 2. Dans l'hypogastre, nous sentons profondément plusieurs petites masses du volume de noisettes, dures, indolentes au toucher.

Etat général très-satisfaisant.

Le 7. Par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés, nous constatons l'existence, à la partie latérale droite de l'utérus, d'une tumeur du volume et de la forme d'une noix, assez dure, un peu douloureuse à la pression.

En arrière de l'utérus existe une tumeur très-dure.

Le col est distant de 4 centimètres et demi du bord inférieur du pubis ; l'utérus jouit d'une mobilité presque normale.

Le 20. La malade demande à sortir ; voici son état, ce jour 20 avril.

La santé est très-satisfaisante en général ; le teint coloré ; la pulpe du doigt pénètre dans l'ouverture du col ; le col est ferme, plus volumineux encore qu'à l'état normal.

En arrière du col utérin et à la partie latérale droite de l'utérus, nous trouvons les mêmes tumeurs qu'il y a quinze jours.

Par le toucher rectal on sent une tumeur très-dure, de forme irrégulière, appliquée sur le rectum, du volume d'une grosse poire. Nous arrivons à un résultat très-net en combinant le palper abdominal avec le toucher rectal. En outre de cette masse principale, existent dans son voisinage plusieurs petites masses du volume de noisettes, très-dures et mobiles.

Ainsi nous noterons comme débris de la tumeur primitive une tumeur accolée à la partie latérale droite de l'utérus, une seconde entre l'utérus et le rectum et plusieurs autres de petites dimensions, disséminées çà et là.

Nous avons percuté la région hypogastrique, nous ne trouvons plus de matité mais bien au contraire une sonorité tympanique suivant une ligne partant de la fosse iliaque gauche, et s'arrêtant à 6 centimètres de la région cæcale. Cette sonorité est celle qui appartient au gros intestin. Nous croyons avoir sous le doigt l'S iliaque distendu par des gaz.

La malade est toujours obligée de se donner des lavements tous les cinq à six jours.

Miction urinaire normale ; pas de leucorrhée, pas de douleurs.

Nous continuons à voir la malade, qui vient à la consultation de M. Tardieu à l'hôpital Lariboisière.

Le 25. Les règles n'apparaissent pas.

Après dix à douze jours de retard, le 12 mai, perte abondante de sang noir, durant sept jours. Cet écoulement a été précédé pendant trois jours de douleurs.

Le 19 mai. La tumeur de droite a bien diminué ; elle est molle, encore un peu douloureuse.

La tumeur post-utérine n'existe plus.

Souffle carotidien. — Nous conseillons à la malade des toniques.

Du 3 au 5 juin, menstruation ; l'écoulement est moins abondant que les autres fois.

Depuis la fin des règles, leucorrhée abondante, et quelques douleurs abdominales.

Le 2 juillet. Menstruation un peu douloureuse.

Le 16. Nous ne trouvons plus la tumeur qui était accolée à l'angle droit du fond de l'utérus.

Nous avons revu la malade dans les mois d'août, septembre, octobre, novembre, et jusqu'en décembre ; la guérison s'est maintenue ; les règles sont revenues avec une parfaite régularité ; la jeune femme se plaint seulement d'une leucorrhée abondante.

L'état local des organes génitaux ne présente aucune trace de l'ancienne maladie ; la constipation persiste.

OBSERVATION XVIII.

Elle est insérée à l'article *Diagnostic.*

OBSERVATION XL.

Hématocèle rétro-utérine ; évacuation spontanée par le rectum. Guérison (1).

La femme B... (Claudine), âgée de 28 ans, couturière, est couchée au lit n° 15 de la salle Sainte-Claire, à l'hôpital Lariboisière, où elle est entrée le 19 octobre 1857.

Cette femme est née en Savoie ; elle habite Paris depuis un an. Ses parents sont tous d'une bonne santé. Elle est d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte ; son teint est assez coloré ; cheveux noirs. Elle a été réglée à 12 ans. La menstruation a toujours été régulière, même dans les premiers temps. L'écoulement sanguin était abondant, et durait quatre à cinq jours. Jamais elle n'a eu de flueurs blanches.

A eu trois enfants : premier, à 21 ans ; deuxième, à 22 ans et demi ; troisième, à 25 ans. Il n'y a rien eu de particulier pendant les grossesses, ni après l'accouchement.

---

(1) Observation communiquée par M. Heurtaux.

N'a jamais eu de fausse couche.

Jamais n'a eu d'autre maladie.

Arrivée à Paris au mois de novembre 1856. Dans son pays, elle prenait beaucoup d'exercice, travaillait à la terre, vivait à la campagne, usait d'une nourriture très-substantielle. Depuis son arrivée à Paris, vie sédentaire (couturière), nourriture encore assez bonne.

Dans les premiers mois passés à Paris, la menstruation fut aussi régulière que précédemment, seulement elle fut moins abondante en janvier et en février (1857). Vers le milieu du mois de mars, les règles revinrent à leur époque habituelle; mais, au lieu de cesser après quatre ou cinq jours, l'écoulement sanguin continua trois semaines. Cet écoulement était aussi abondant qu'au moment des règles: sang très-coloré, presque toujours en caillots gros comme le pouce; à cette époque, aucune douleur dans le ventre.

Depuis cette perte: pâleur, bouffées de chaleur, vertiges, sifflements d'oreille, gastralgie, palpitations, essoufflement, pas d'œdème des jambes.

Après cette perte, la malade eut des flueurs blanches pendant un mois et demi, accident qu'elle n'avait jamais éprouvé jusque-là. Puis pendant quinze jours, retour de la métrorrhagie; sang coloré, en petits caillots; pas de douleurs de ventre.

Puis encore un mois et demi d'intervalle, pendant lequel la malade eut des fleurs blanches, et des signes de chlorose comme précédemment.

Ces alternatives nous mènent vers le milieu de juillet, époque à laquelle survint un écoulement sanguin qui dura quatre ou cinq jours, tout à fait analogue aux époques menstruelles ordinaires. Un mois après, vers le milieu d'août, nouvelle époque menstruelle analogue à la précédente. Puis jusqu'à la fin de septembre, la malade ne voit plus aucun écoulement sanguin. Toujours des flueurs blanches et des signes de chloro-anémie.

Vers le 29 ou le 30 septembre, apparition des phénomènes suivants sans aucune cause appréciable (pas d'effort, pas d'excès de coït, pas de chute...) pendant que la malade était occupée à des travaux de couture; elle se sentit prise de douleurs vives dans l'hypogastre, dans toute l'étendue de cette région, avec retentissement douloureux dans les lombes. La malade compare ces douleurs à celles de l'accouchement. Dès ce moment, elle éprouvait la sensation de pesanteur excessive dans le bassin, et avait la sensation d'un corps étranger qui voulait s'échapper par l'anus ou par la vulve, ce qui la portait à aller plusieurs fois à la selle, coup sur coup, sans résultat.

Il n'y eut point de frisson; au contraire, il y eut de la chaleur, et une agitation qui dura toute la nuit et les jours suivants. Il y eut des nausées, mais sans vomis-

sements: pas de hoquet. Dès le commencement, miction fréquente et douloureuse, défécation difficile. Perte d'appétit, soif. La pâleur, les palpitations et l'essoufflement, augmentèrent; la malade s'affaiblit. Elle se mit au lit dès que les douleurs parurent. Elle ne peut dire si dès ce moment le ventre devint plus volumineux; mais il était douloureux à la pression.

Ces phénomènes ont duré deux jours. Après cette époque, apparition d'un écoulement sanguin vaginal abondant. Sang très-coloré, en caillots. Au moment où cet écoulement a paru, les douleurs se calmèrent très-notablement, au point que la malade put se lever, et reprendre ses occupations pendant quatre jours. Mais à ce moment, sans cause appréciable, les douleurs reparurent plus fortes que jamais; la malade fut contrainte de se recoucher, et depuis cette époque elle n'a pas quitté le lit.

Il y eut encore des nausées, mais sans vomissements; selles rares. Pas de frissons, mais chaleur et agitation. Miction rare et douloureuse. Défécation également très-pénible. Toujours la même sensation de corps étranger pesant et volumineux. La malade éprouvait de telles douleurs, qu'elle se tordait sur son lit, et ne pouvait prendre aucun repos pendant les premiers jours. Elle ne se levait absolument que pour aller à la selle, et cette légère fatigue augmentait considérablement les souffrances; elle était obligée de se courber en marchant. Les douleurs étaient également plus vives dans la position assise. Peu à peu les douleurs se sont un peu calmées, mais sans cesser complétement.

Depuis la recrudescence des douleurs, qui a commencé avec la métrorrhagie, jusqu'à ce jour, l'écoulement sanguin a été continuel, seulement son abondance est devenue moindre. Le sang a toujours été très-coloré, et s'échappait sous forme de caillots.

Plus que jamais, la malade éprouvait des palpitations au moindre mouvement qu'elle faisait dans son lit; de l'essoufflement, des vertiges, des sifflements d'oreille.

Dans la jambe gauche, depuis le début, la malade éprouva des élancements suivant le trajet du nerf sciatique, des fourmillements, quelques crampes, une sensation de froid.

Ces phénomènes ont été plus prononcés dans le décubitus sur le côté gauche. Jamais la malade n'a remarqué d'œdème.

Peu d'appétit, soif assez prononcée; pas de sommeil.

Il y a une huitaine de jours, la malade s'est aperçue par hasard qu'elle avait une tumeur dans le bas-ventre (elle dit qu'elle n'a pas changé de volume depuis).

Aucun traitement antérieur.

État actuel. Un peu d'amaigrissement; peau et muqueuses pâles; ventre volu-

mineux, souple dans la partie supérieure, vers les flancs, et dans la partie droite de l'hypogastre.

A la partie moyenne de l'hypogastre, on sent une tumeur arrondie, lisse, très-dure, remontant à cinq travers de doigt au-dessus du pubis; on ne peut distinguer cette tumeur du fond de l'utérus. Ces deux corps sont probablement confondus.

A droite, la tumeur se termine à quatre travers de doigt de la ligne blanche, par un bord arrondi; mais à gauche, elle se prolonge beaucoup plus loin en dehors et en haut, de façon à atteindre par son extrémité le milieu d'une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Partout cette tumeur est également résistante; une pression même légère est très-douloureuse.

Matité complète à la percussion.

Toucher vaginal. Légère cystocèle vaginale. Au milieu du vagin on sent une tumeur grosse comme le poing, de dureté moyenne, soulevant la partie postérieure du vagin et ayant envahi tout ce conduit; arrondie, égale, douloureuse au toucher. Elle dépasse le col d'une longueur de 3 centimètres environ.

En avant de cette tumeur et en arrière de la cystocèle vaginale, se trouve un étroit conduit au fond duquel on sent le col de l'utérus porté fortement en haut et en avant, comme aplati contre le pubis. Pas de fluctuation. A la surface de la tumeur, bat une artère.

Toucher rectal. Tumeur de même volume appliquant l'une contre l'autre les parois antérieure et postérieure du rectum.

Peau un peu chaude; 84 pulsations; rien au cœur. Dans la région carotidienne, bruit de souffle continu très-fort. Rien du côté des autres appareils; pas d'œdème de la jambe gauche.

Le 20 octobre. 15 sangsues; cat. laud.

Le 21. Diminution de la douleur; la malade perd toujours un peu de sang par le vagin.

Le 22. Un peu moins de douleur dans les reins et le bas-ventre; absolument même état, du reste.—Lavement émollient.

Le 24. Se trouve un peu plus fatiguée; n'a pas dormi pendant la nuit, s'est toujours agitée; céphalalgie légère, chaleur de la peau, pouls un peu accéléré (92 pulsations).

Le soir. Peau chaude, céphalalgie vive; pouls assez large et résistant, 104 et 108 pulsations. Rien de particulier du côté de la tumeur; pas plus de douleur. Ecoulement sanguin léger, comme les jours précédents.

Rien du côté de la poitrine.

Le 25. Pas de sommeil la nuit dernière; un peu de chaleur et d'agitation. Quelques douleurs dans l'hypogastre; pouls encore un peu fréquent (96 pulsat.).

Le soir. La malade a continué à avoir de la fièvre ; céphalalgie légère ; douleurs hypogastriques comme précédemment.

Même tumeur. Il semble qu'elle se prolonge un peu du côté droit, parallèlement à l'arcade crurale et immédiatement derrière elle.

Miction comme les jours précédents. Rien du côté des autres appareils.

Le 27. Quelques selles dysentériques (matières glaireuses). Un peu de douleur dans les deux fosses iliaques ; ténesme ; un peu d'accélération du pouls surtout le soir. Il ne s'écoule plus de sang par le vagin ; aucune modification de la tumeur hypogastrique. — Julep gommeux, laudanum, 20 gouttes ; 2 quarts de lavement, laudanum, 6 gouttes ; potages et bouillons.

Le 1er novembre. Plus de dysentérie, le pouls est naturel.

Le 3. Depuis hier soir, retour des selles dysentériques (glaires, un peu de sang). La malade va à la selle huit ou dix fois par jour; ténesme; un peu de coliques; sang rosé, peu abondant. La malade ne rend plus de sang par la vulve, et même aucun liquide.

96 pulsations; peau un peu chaude ; pas de nausées, langue naturelle. — Julep gommeux, extr. thébaïque, 0 gr. 10.

Le 7. Moins de coliques ces jours-ci ; seulement une ou deux selles chaque jour; moins de sang.

Le 10. Prise hier de coliques vives, vers onze heures du matin; la malade éprouva le besoin d'aller à la selle toute les dix minutes à peu près. D'abord matières naturelles liquides. Vers le soir, expulsion de sang d'un rouge foncé, que la malade compare à de la gelée de groseille, quoique d'une couleur plus brune; l'écoulement a duré toute la nuit.

A la palpation de l'hypogastre, on ne sent que très-difficilement la tumeur.

Celle-ci a considérablement diminué dans toute son étendue, sur la ligne médiane d'abord, puis au niveau de son prolongement vers le côté gauche.

Le 11. Hier la malade est allée deux fois à la selle dans la journée; même caractère des matières rejetées. Dans la nuit, deux selles également.

Le soir. Aujourd'hui, deux selles ayant les mêmes caractères que celles d'hier La quantité équivaut à une cuillerée à bouche à peu près; le besoin d'aller à la selle est très-pressant; toujours douleurs abdominales; miction facile comme précédemment; flueurs blanches peu abondantes; pas de vomissements ; pouls médiocrement fréquent ; peau moite. A la palpation abdominale, on ne retrouve plus de traces de la tumeur ; douleur à la pression, mais assez modérée.

Toucher vaginal. Col utérin revenu à sa position naturelle; un peu entr'ouvert. L'utérus est un peu mobile : en arrière il y a un reste de tumeur, gros comme une forte noix, extrêmement dur, arrondi, lisse, indolent à la pression.

Toucher rectal. On sent encore une tumeur arrondie très-dure, mais bien moins saillante vers l'intestin, encore aussi large que la paume de la main ; aucun trouble général.

Le 12. Quatre selles liquides ; matières analogues.

Le 13, au soir. Dans la dernière nuit, deux selles ; matières non examinées ; aujourd'hui aucune selle ; ventre naturel, peu douloureux ; rien de perceptible à la pression ; peau et pouls naturel.

Le 24. Exeat. Il reste à la partie postérieure du col une tumeur grosse comme une petite noix, très-ferme. La malade ne perd plus ni par le vagin ni par le rectum.

OBSERVATION XLI.

Hématocèle rétro-utérine, abcès gangréneux de la fesse. Mort, autopsie (1).

La nommée C..., couturière, âgée de 38 ans, née dans les Basses-Pyrénées, est couchée au lit n° 11 de la salle Sainte-Claire, à l'hôpital Lariboisière, où elle est entrée le 17 août 1857.

Cette femme habite Paris depuis deux ans. Elle a été réglée à 14 ans sans accidents, et a eu un enfant il y a treize ans.

Pas de maladie antérieure.

Malade depuis deux mois et demi. Dix jours après une époque menstruelle, cette femme a été prise, sans cause appréciable, d'une perte de sang qui a persisté pendant une vingtaine de jours. Le sang expulsé était bien coloré, tantôt liquide, tantôt en caillots ; ces derniers étaient souvent expulsés après des coliques utérines bien caractérisées. Vers le vingtième jour, il est survenu des douleurs dans la région hypogastrique ; elles étaient si vives, que la malade se tordait sur son lit ; elle n'a eu à ce moment ni frissons, ni vomissements, ni céphalalgie, ni fièvre.

Deux jours après, la malade s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans le bas-ventre. Cette tumeur était moins grosse qu'elle ne l'est actuellement. Pendant quelques jours, la malade a éprouvé des frissons irréguliers, suivis de chaleur et d'agitation.

Un médecin, appelé, a conseillé le repos au lit, une application de sangsues à l'hypogastre et des cataplasmes. La perte s'est arrêtée, mais pour quelques jours

---

(1) Observation communiquée par M. Heurtaux.

seulement, et depuis un mois et demi elle est revenue, moins abondante, il est vrai, mais encore assez considérable. La malade a gardé le lit sans interruption depuis ce temps.

Affaiblissement, maigreur, pâleur très-marquée, battements du cœur et oppression au moindre mouvement; pas de vertiges ni de sifflements d'oreille, pas d'œdème; peu d'appétit depuis un mois, pas de vomissements; constipation habituelle; miction fréquente et difficile.

Depuis une dizaine de jours, le sang perdu par la malade est très-pâle. Au début de cette deuxième perte, le sang était bien coloré.

État actuel. Faiblesse, maigreur, teint pâle; muqueuses peu colorées; peau froide; pouls assez faible, de fréquence moyenne (68 pulsations). Ventre arrondi, assez douloureux à la pression. Quand on palpe l'abdomen, on a tout à fait la sensation de deux tumeurs; l'une, située à gauche, s'étend presque jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic; par son extrémité inférieure, elle plonge dans le bassin et se continue au niveau de l'utérus avec celle du côté opposé; son bord gauche repose sur la fosse iliaque; son bord interne est un peu concave, assez mince dans toute son étendue. La tumeur offre une dureté considérable, comparable au cartilage.

La tumeur du côté droit offre une forme analogue à la précédente, et affecte une disposition à peu près semblable; seulement elle est un peu moins volumineuse. Ces deux tumeurs de l'hypogastre donnent à la percussion une matité absolue.

Au toucher vaginal, on trouve une tumeur ronde, médiocrement dure, faisant saillir la partie postérieure du vagin et oblitérant presque cette cavité; le col de l'utérus est rejeté très-fortement en avant et en haut, immédiatement derrière la partie la plus élevée de la symphyse pubienne; le col est sain, il est entr'ouvert.

Le 18 août. Tisane de gomme; huile de ricin, 30 grammes; frictions avec onguent belladoné sur le ventre; cataplasmes sur le ventre; une pilule d'opium.

Le 23, fourmillements aux membres inférieurs. — 12 sangsues à l'hypogastre.

Le 24, la malade se trouve soulagée par les sangsues, qui ont bien saigné.

Le 26, douleurs encore vives au niveau de la fosse iliaque droite. — 10 sangsues à ce niveau; cataplasmes.

Époque menstruelle. Le flux cataménial ne paraît pas.

Le 28. Constipation depuis deux jours. — Bains, lavements huileux.

Le 29. La malade a éprouvé hier d'assez grandes douleurs au ventre, avec envie d'aller à la selle; mais elle n'a pas rendu de matières. Ce matin les douleurs sont moins fortes. — 30 grammes d'huile de ricin.

Le 30. Œdème prononcé au membre inférieur gauche, à la jambe surtout; la jambe droite est moins tuméfiée. La purgation a produit plusieurs garde-robes abondantes. Il semble que les deux lobes de la tumeur, sensibles à la pression abdominale, ont diminué de volume; la malade urine bien.

Le 2 septembre. La tumeur a diminué de volume d'une façon sensible, surtout à droite, où la pression de l'abdomen ne détermine aucune douleur : la tumeur gauche est dans le même état; elle est encore le siége de douleurs assez vives. — 10 sangsues sur la fosse iliaque gauche.

Le 3. Pas de pertes sanguines utérines depuis que la malade est dans le service; la teinte anémique est prononcée; le ventre n'est pas souple, mais la tumeur semble avoir diminué : les sangsues ont peu saigné, le sang était pâle.

Le 4, la tumeur vaginale n'est pas aussi dure que dans les premiers jours; sa consistance est à peu près uniforme partout.

Le 5. Hier, quatre selles; matières diarrhéiques.

Le 8. Engourdissement et fourmillements dans tout le membre inférieur gauche avec sensation de froid; l'œdème y a diminué. Ventre douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche; le membre inférieur droit n'a rien — Toujours onguent mercuriel belladoné; cataplasme; fer réduit par l'hydrogène, 0 gr. 30.

Le 10, nausées; un peu de dévoiement; pas de fièvre; aspect de la langue normal.

Le 11, diarrhée légère; la douleur de la fosse iliaque gauche persiste toujours, mais la tumeur diminue sensiblement; œdème persistant à la jambe gauche.

Le 13, la diarrhée persiste. On ordonne un lavement laudanisé.

Le 14. Par le toucher vaginal, on trouve toujours la tumeur aussi volumineuse, mais elle est plus molle et presque fluctuante; l'utérus est toujours fortement appliqué contre le pubis.

Le 15. Toujours diarrhée; douleurs abdominales; pas de fièvre.

Le 16. Bruit de souffle carotidien assez fort. — Bain; cataplasmes; fer réduit.

Le 17. La malade souffre moins quand elle est couchée sur le côté gauche que sur le dos; pas de fièvre.

Le 18. La tumeur de la fosse iliaque a sensiblement diminué; elle est maintenant plus arrondie, moins étendue en haut; le ventre est assez flasque; pas de diarrhée depuis hier, pas de fièvre. On continue les frictions d'onguent mercuriel; un quart de lavement avec 6 gouttes laudanum.

Le 21. Diarrhée très-forte hier; les matières évacuées consistent en un mélange glaireux non mélangé de sang, rendu avec ténesme très-prononcé. — Deux quarts de lavement, 8 gouttes laudanum; julep sous-nitrate de bismuth, 5 grammes; frictions mercurielles; décoction blanche; bouillons et potages.

Le 22. La malade est très-faible. Hier, deux selles liquides. — Même traitement.

Le 23. La tumeur que l'on sentait dans la fosse iliaque gauche a disparu à peu près complétement; on ne sent plus qu'un empâtement profond; selles abondantes et diarrhéiques, glaireuses, rendues avec ténesme, et contenant une petite quantité de sang liquide et peu altéré; la peau est de température naturelle; pouls sans fréquence anormale; langue un peu blanchâtre. Par le toucher vaginal, on constate que la tumeur, qui faisait une saillie énorme dans le vagin, a disparu et n'a laissé qu'un noyau dur, à gauche et en arrière du col.

Le 27. Pouls à 104; plusieurs selles liquides depuis ce matin; elles contiennent peu de sang; la sortie des matières est involontaire. — Julep extrait ratanhia, 4 grammes; deux quarts lavement laudanisés.

Le 28. La malade n'a eu qu'une selle depuis hier matin. — Potages.

Le 29. Deux selles liquides depuis hier soir; elles sont simplement glaireuses.

Le 1er octobre. Deux selles liquides depuis ce matin; les coliques ne sont pas violentes. — Lavement au tannin.

Le 2. Rien de nouveau. — Potages; un œuf.

Le 3. Toute diarrhée est suspendue; les tumeurs que l'on sentait par le palper abdominal n'existent plus; langue presque naturelle; un peu d'appétit. — Une côtelette.

Le 6. La malade est dans un état de faiblesse considérable; elle accuse une douleur vive à la fesse gauche; cette région est dure, rouge, tuméfiée, très-douloureuse à la pression.

Le 7. La tuméfaction de la fesse n'a pas sensiblement changé; peu de fièvre. — Bain; cataplasmes.

Le 8. La diarrhée est revenue; quatre selles liquides; le phlegmon que nous avons signalé à la région de l'ischion ne présente pas de point fluctuant; la région est rouge, douloureuse, dure, tuméfiée; les grandes lèvres sont œdématiées.—Un quart lavement avec tannin, 1 gramme; laudanum Sydenham, 8 gouttes; cataplasmes; potion ratanhia, 4 grammes, laudanum, 15 gouttes. Eau de riz; diète.

Le 9. La malade passe dans un service de chirurgie.

Le 10. M. Chassaignac ouvre largement le phlegmon diffus de la fesse; le rectum, décollé dans une vaste étendue, est incisé lui-même du côté de la fesse gauche; il sort par les ouvertures une quantité considérable de pus, et des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. On s'assure alors que la suppuration a envahi les couches celluleuses intermédiaires aux fessiers. — Dans la journée, injection d'eau simple dans le foyer.

Les jours suivants, même injection. De nouveaux lambeaux celluleux sortent par la plaie.

La malade présente encore quelques selles dysentériques.

Le foyer purulent donne lieu à une suppuration d'une abondance excessive; bientôt, malgré les injections détersives pratiquées dans la plaie, la malade s'affaiblit de plus en plus, la fièvre hectique survient, accompagnée de sueurs visqueuses et de diarrhée colliquative, et enfin la mort arrive le 20 octobre.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Température froide et un peu humide; cadavre très-bien conservé.

Rien de remarquable à l'extérieur du cadavre; ventre peu volumineux; à la palpation, on ne sent plus aucun vestige de la tumeur rétro-utérine.

A l'ouverture de l'abdomen, on rencontre, à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, une bride qui s'étend presque directement d'avant en arrière. Cette bride est de consistance celluleuse, grosse comme une tige de plume, aussi lisse à sa surface que si elle était recouverte par le péritoine; en avant, elle s'attache à la paroi antérieure de l'abdomen, un peu à droite de la ligne médiane, à la hauteur indiquée plus haut; de là, elle se dirige en arrière, de manière à passer juste au sommet de l'angle formé par la réunion de l'iléon au cæcum; son extrémité postérieure s'unit fortement au bord adhérent du mésentère, tout à fait à la partie inférieure de ce repli.

En jetant les yeux sur la cavité pelvienne, voici ce que l'on observe :

A la partie antérieure, on voit la vessie, contenant environ 250 à 300 grammes de liquide; elle s'élève notablement au-dessus du pubis. Derrière la vessie, se trouve l'utérus, dont la direction est modifiée; le diamètre transversal est tellement oblique, que son extrémité gauche répondrait au fond de la cavité cotyloïde; en même temps, l'axe longitudinal de l'utérus est un peu oblique en bas et à gauche. Du reste, cet organe a ses dimensions à peu près normales : hauteur, 75 millimètres; largeur au niveau des trompes, 63 millimètres; diamètre antéro-postérieur au point le plus épais, 4 centimètres.

En arrière de l'utérus, des adhérences sont établies entre la partie postérieure et supérieure de cet organe, le rectum et l'extrémité inférieure de l'*S* iliaque supérieur, la demi-circonférence postérieure du détroit du bassin, et une anse de l'intestin grêle, située à droite du rectum. Ces adhérences sont celluleuses, assez solides ; en détruisant celles que l'utérus a contractées avec l'anse d'intestin grêle, on pénètre dans une cavité rétro-utérine, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Vers l'angle gauche de l'utérus il existe une petite tumeur grosse comme une petite noix, rénitente, ovoïde, dirigée d'avant en arrière. Par son extrémité anté-

rieure et interne, elle se continue avec la trompe; son extrémité postérieure se perd au milieu de nombreuses adhérences cellulaires rétro-utérines.

En incisant l'utérus par sa face antérieure, lorsqu'on l'a divisé dans toute son épaisseur, on arrive dans la cavité rétro-utérine signalée plus haut. Cette cavité a évidemment pour limite inférieure le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine; en haut elle est circonscrite par les nombreuses adhérences que nous avons déjà indiquées. Cette cavité a une capacité assez considérable ; on y peut reconnaître trois culs-de-sac principaux, sortes de diverticules répondant aux saillies que la tumeur faisait soit vers le vagin, soit du côté des deux fosses iliaques.

Lorsqu'un doigt est introduit vers le cul-de-sac inférieur, si l'on place un autre doigt dans le vagin, on sent qu'il n'existe, entre les deux, que l'épaisseur des tuniques du vagin.

En haut et à droite, le cul-de-sac est peu étendu; il se dirige obliquement à droite de l'angle sacro-vertébral. A gauche le cul-de-sac supérieur est beaucoup plus prononcé; il suit précisément la direction du côté gauche du méso-rectum, qui le limite en dedans.

La surface interne de cette cavité est unie, lisse ; on y trouve partout quelques cloisons dirigées d'avant en arrière.

Dans cette cavité, se trouvaient quelques grammes d'un liquide d'un gris noirâtre, comparable à de la suie délayée, et dans laquelle le microscope a fait constater les éléments suivants :

1° Gouttelettes huileuses libres, blanches ou jaunâtres;

2° Cellules sphériques intactes ou brisées en fragments irréguliers, surchargés de gouttes de graisse (globules de Gluge); ils ont de 0,^{mm}010 à 0,025.

3° Quelques fragments amorphes d'hématoïdine ;

4° Deux cristaux quadrilatères, dont l'un était terminé d'un côté par un sommet dièdre, et qui m'ont paru être du phosphate ammiaco-magnésien.

5° Quelques globules sanguins, flasques, déformés, encore bien décolorés ;

6° Un assez grand nombre de petites masses noires, de forme anguleuse, ayant des dimensions très-variables, résultant de la matière colorante du sang.

En incisant la petite tumeur que nous avons signalée près de l'extrémité gauche de l'utérus, on y trouve une cavité ovalaire pouvant permettre aisément l'introduction du doigt, et contenant un liquide noirâtre, analogue à celui qui se trouvait dans la poche rétro-utérine. La partie antérieure et interne de cette loge se rétrécit en entonnoir; en y introduisant avec précaution une soie de sanglier, on pénètre sans aucune difficulté dans la cavité utérine, au niveau de l'angle même de cette cavité. La loge dont nous avons parlé, constituée par une dilatation de la trompe, communique donc librement avec l'utérus.

En recherchant ce qu'est devenu le pavillon de la trompe, il est impossible de retrouver cette partie de l'organe ; les adhérences celluleuses ne permettent pas de la reconnaître. Mais, si l'on passe un stylet vers l'extrémité postérieure de la dilatation, après un trajet curviligne en bas et en dehors, on pénètre dans la loge rétro-utérine.

On éprouve un peu plus de difficulté pour trouver la trompe droite; cependant, en disséquant les adhérences établies de ce côté, on reconnaît bientôt que l'organe se dirige obliquement en bas, en arrière et en dehors, en décrivant une courbe à convexité externe et supérieure. En l'incisant dans le sens de sa longueur, on trouve sa cavité dilatée, mais à un degré moindre que celle de la trompe gauche. Par son extrémité externe, elle communique toujours avec l'utérus. Le pavillon, méconnaissable au milieu des nombreuses adhérences celluleuses, s'ouvre dans le kyste rétro-utérin, comme celui de la trompe gauche, mais seulement à la partie inférieure de la cavité, grâce à une cloison antéro-postérieure et verticale, qui divise, dans presque toute sa hauteur, la loge rétro-utérine en deux cavités secondaires et parallèles. Ces deux dernières sont donc tout à fait comparables aux deux branches d'un tube en U, réunies à leur extrémité inférieure, elles sont distinctes dans le reste de leur étendue; mais la branche qui répond à la trompe droite est beaucoup moins vaste que l'autre.

Au milieu des adhérences qui existent à la partie postérieure gauche, on rencontre un épaississement dans lequel on croit reconnaître l'ovaire aplati et induré. Quant à l'ovaire droit, il est absolument impossible d'en trouver des traces.

Le foyer du phlegmon de la fesse était tout à fait distinct du kyste rétro-utérin, ce dernier ne communiquant pas non plus avec le rectum ; il existe partout entre ces deux cavités une épaisseur de tissus considérable. Dans la moitié inférieure du rectum, on voit des ulcérations dysentériques superficielles en voie de réparation, avec injection fine et teinte ardoisée ; ces pertes de substance n'intéressent que la muqueuse.

L'extrémité inférieure du rectum est décollée, dépourvue de tissu cellulaire périphérique au niveau du phlegmon de la fesse gauche.

On ne trouve rien de remarquable dans les autres organes.

Au milieu des désordres que la maladie a produits dans la conformation des organes pelviens, il est impossible de trouver le point d'origine de l'hémorrhagie.

OBSERVATION XLII.

Hématocèle rétro-utérine; séjour au lit, expectation. Guérison.

Au n° 34 de la salle Sainte-Joséphine, à l'hôpital Lariboisière, est couchée la nommée C..., âgée de 29 ans, domestique.

La malade est d'une constitution forte, d'un tempérament nervoso-sanguin; cheveux noirs; peau brune avant la maladie actuelle.

Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans; la menstruation s'est établie très-facilement. Depuis, jamais elle n'a été régulière, restant suspendue pendant deux, trois, et une fois neuf mois; le sang étant peu abondant, et chaque période cataméniale annoncée par des douleurs dans la région sacrée.

A 18 ans, grossesse à terme; l'enfant vit; pas de fausses couches; leucorrhée abondante; jamais de constipation.

Il y a deux ans, fièvre continue.

Il y a cinq semaines, après retard des règles pendant cinq jours, métrorrhagie (caillots) durant onze jours, accompagnée de malaise, de courbature et de douleurs hypogastriques.

Trois jours après la fin de l'écoulement sanguin, frissons, douleurs hypogastriques; sensation de battements intra-pelviens; décoloration de la peau remarquée par ceux qui l'approchaient.

Comme cause, la malade nous avoue que le jour où l'écoulement sanguin a cessé de couler, elle a eu un commerce sexuel avec un homme ivre. Pendant l'acte vénérien, et au milieu des violences de cet homme, elle a ressenti au-dessus de l'aine droite une douleur excessive. Le lendemain, elle fut prise de frissons, de sueur. Depuis, ces mêmes symptômes se renouvelèrent; tout travail devint impossible, et la malade resta au lit. Depuis le début des frissons, pas d'écoulement sanguin. Aucun traitement antérieur.

Entrée à l'hôpital le 4 juillet 1857.

État actuel. Masque des femmes enceintes sur la face; décoloration de la peau; des muqueuses palpébrale et gingivale; ballonnement du ventre, météorisme. L'exploration de l'abdomen est rendue difficile par la douleur qu'elle provoque.

La région sus-pubienne est mate dans une hauteur de 5 centimètres; sur la ligne médiane, et à gauche, on sent une tumeur mal limitée, qui paraît se prolonger dans le petit bassin, et se porte en haut, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Le moindre palper provoque de très-vives douleurs, surtout à gauche.

La malade éprouve dans la cavité pelvienne des douleurs très-vives qu'elle compare à des battements.

Toucher vaginal. Le col utérin paraît abaissé ; il est distant de 4 centimètres de l'orifice vulvaire, et paraît appuyer sur le rectum.

En avant du col, est une tumeur résistante, fluctuante, séparée du doigt par la muqueuse et les tissus sous-muqueux distendus. Sur la ligne médiane, on sent à sa surface les battements énergiques d'une artère.

A gauche du col, cette tumeur se prolonge avec les mêmes caractères. Par le toucher vaginal, on ne peut sentir si la tumeur se prolonge en arrière ; mais, par le toucher rectal, on sent à 4 centimètres de l'anus le col utérin, et au-dessus et en arrière une tumeur tendue, rénitente, présentant des battements artériels énergiques, fluctuante, et se continuant avec la tumeur hypogastrique.

Le col n'est pas entr'ouvert, n'est pas augmenté de volume.

Entre la face antérieure du col et la tumeur, est un sillon peu marqué. La tumeur arrive jusqu'à une distance de 1 centimètre du museau de tanche.

Pas d'écoulement vaginal.

Constipation.

Examen au spéculum. Au fond du vagin, est une notable quantité de mucus.

La muqueuse qui revêt le cul-de-sac postérieur, le cul-de-sac antérieur du vagin, présente des taches ecchymotiques très-évidentes.

Rien de particulier sur le col utérin.

Ténesme vésical. La vessie ne contient que quelques gouttes d'urine.

Pas de varices, pas d'hémorrhoïdes ; peau chaude ; 96 pulsations.—Cataplasmes sur le ventre.

Le 8. Diminution de la fièvre. — Lavement huileux.

Le 10. Douleurs vives à l'hypogastre. — 20 sangsues à l'anus.

Le 11, mieux.

Le 15, la pression de l'hypogastre est douloureuse.

Au-dessus du pubis et de l'aine droite, on sent une tumeur dure, irrégulière. — Cataplasmes.

Le 17. La dureté de la tumeur a encore augmenté ; moins de douleurs.

Le 18. *Époque menstruelle.* Frissons dans l'après-midi ; douleurs hypogastriques.

Les 20 et 21, même état.

Le 22, malaise, frissons intenses.

Douleurs hypogastriques.

Le 23, même état.

L'écoulement menstruel n'a pas encore paru.

Le 25, les douleurs sont supportables.

Le 1er août, l'écoulement vaginal n'a pas paru.

La tumeur est restée stationnaire.

Le 2. Écoulement très-abondant de sang par le vagin ; le sang vient de l'utérus.

Le 7, l'écoulement a continué jusqu'à ce jour.

La malade a rendu par le vagin deux caillots.

Douleurs hypogastriques modérées.

Pas de fièvre.

L'écoulement cesse.

Jusqu'au 28, rien de particulier.

Le 28, écoulement de sang très-abondant par le vagin (un caillot).

Douleurs très-vives jusqu'au 30.

Le 4 septembre, le col est à sa place normale.

L'utérus est mobile.

Autour de l'utérus, en avant, en arrière, nous ne trouvons plus aucune tuméfaction.

On ne sent plus rien par le toucher rectal.

La malade sort le 5 septembre.

Dans le mois de novembre, l'état de santé est resté satisfaisant.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'écoulement des fluides élastiques par des orifices et des canaux; applications à l'appareil respiratoire.

Chimie. — Des caractères des phosphates.

Pharmacie. — De l'emploi pharmaceutique du houblon; donner les différentes préparations dont il fait la base, les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des euphorbiacées, et indication des médicaments qu'elle fournit à la matière médicale.

Anatomie. — Des muscles qui concourent aux mouvements de rotation de la tête.

Physiologie. — De l'accommodation de l'œil pour la vue à diverses distances.

Pathologie interne. — De la fièvre dite puerpérale.

Pathologie externe. — Des fistules à l'anus.

Pathologie générale. — Des rapports qui peuvent être saisis par

Noms des Observations. Noms des Malades.	Age.	Profession	Constitution	Tempérament	Époque de la 1re menstruation	État de la menstruation jusqu'à l'époque de la maladie.	Nombre de grossesses	Mode des accouchts. Enfants.	Caractère des femmes.	Teint. Couleur des cheveux.	Cause présumée de la maladie.
Ire Observation. Fe Renauld. Observation personnelle.	27	Journalière	Bonne	Hystérique	10 ans.	Menstruation régulière, précédée pendant 24 heures de leucorrhée. – Durée de 8 jours – Parfois caillots de sang.	1.	Accouchement normal. L'enfant vit.	Irritable.	Noirs.	Chute.
IIe Observation. Fe Flamand. Observation personnelle.	27	Marchande	Bonne.	Nerveux	16 ans.	Menstruation régulière précédée pendant 2 jours de coliques. Durée de 8 jours – Sang très abondant et en caillots souvent.	1.	Accouchement normal. L'enfant vit.	Irritable	Noirs	Rapprochement sexuel.
IIIe Observation. Fe Dupré. Observation personnelle.	28	Modiste.	Faible.	Hystérique constipation habituelle	16 ans.	Flux cataménial précédé pendant 2 jours de douleurs pongitives hypogastriques. Sang abondant s'écoule pendant 7 jours.	2.	1 fausse couche de dix semaines suivie de douleurs expulsives d'anémie	Très irritable.	Blonds.	Avortement.
IVe Observation. Fe Cauchon. Observation personnelle.	23	Couturière	Bonne.	Nerveux constipation habituelle	17 ans.	Menstruation établie difficilement, régulière, sang peu abondant depuis 2 ans, menstrues tous les 15 jours.	1.	Accouchement normal. L'enfant vit.	Très irritable.	Noirs.	Rapprochement sexuel coïncidant avec la fin des règles.
Ve Observation. Fe Leclercq. Observation personnelle.	38	Cuisinière	Forte.	Nerveux constipation habituelle	14 ans.	Menstruation établie difficilement – sang s'écoule très abondamment pendant 4 jours – Depuis 2 ans l'écoulement a encore augmenté.			Irritable.	Peau brune.	Action de frotter deux jours après la fin des règles.
VIe Observation. Lectures on the diseases of women by ch. West.	33		Forte.	Hystérique	——	Menstruation toujours régulière. Depuis 2 ans, l'écoulement sanguin est plus abondant qu'auparavant. Depuis lors la menstruation est suivie d'une douleur très vive qui dure une semaine.	4.	1 accouchement à terme. L'enfant vit. 3 fausses couches.			
VIIe Observation. Fe Lavande. Observation personnelle	31	Couturière	Bonne	Nerveux	13 ans	Écoulement menstruel très abondant. Durée de 8 jours – Depuis 12 ans, pendant le flux cataménial, douleur dans la région hypogastrique droite.	1.	Accouchement normal	Irritable.	Teint brun. Cheveux noirs.	
VIIIe Observation. Fe Elisa – Lariboisière 1856. Communiqué par M. Silvestre, interne des hôpitaux.	24		Bonne	Nerveux	14 ans.	La menstruation s'est établie facilement. Depuis 2 ans, troubles nerveux avant le flux cataménial.	4.	2 avortements à 2 mois. 1 avortement à 4 mois. La 4e grossesse a été menée à terme.	Irritable depuis 7 ans.		Exercices violents pendant une période menstruelle.
IXe Observation. Mme X..... Dr Labordenie – Gazette des hôpitaux. 1854.	30		Sèche	Nerveux		Depuis 2 ans, règles irrégulières: tous les 15 jours d'abord, puis tous les 8 jours. Pertes. Sang très rouge.	1.	L'enfant vit.	Irritable.		
Xe Observation. Dr Follin. Société de Chirurgie. 23 Mai 1855.			Phthisique								
XIe Observation. Fe Serv. Dr Gallard – Société anatomique, 1855.	25					Depuis 20 mois avant les règles, douleurs, caillots de sang. Flux durant jusqu'à 30 jours – Hématurie avant chaque époque.					

Noms des Observations. Noms des Malades.	Symptômes jusqu'à l'entrée à l'hôpital – ou la première visite du médecin.	État de la peau.	Sens – Intelligence – État général.	Toucher vaginal.	Examen du Ventre.	Toucher rectal	Examen au Spéculum.	Écoulements Vaginal, rectal.
Ire Observation. Fe Renauld.	Lipothymie – frissons – Constipation – douleurs hypogastriques, expulsives – dysménorrhée à 2 époques menstruelles. Tumeur sentie dans la région iliaque gauche.	Teint blanc mat.	Faiblesse.	Col de l'utérus en avant derrière le pubis. En arrière de lui, tumeur rénitente remplissant toute l'excavation pelvienne, continue avec la tumeur hypogastrique.	Tumeur faisant saillir la paroi abdominale antérieure, rénitente en certains points, dure en d'autres, s'étendant en haut jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à gauche.	non pratiqué	non pratiqué	Rien.
IIe Observation. Fe Flamand.	Aménorrhée pendant une époque cataméniale – Syncope, frissons, nausées, constipation, douleurs – Flux de sang par les urines et les selles; décoloration de la peau.	Teint blanc mat.	Amaigrissement très prononcé.	Col utérin difficile à atteindre, appliqué à la face postérieure du pubis, distant de 5 cent. de l'orifice vulvaire – En arrière du col, tumeur arrondie, de densité inégale, distante de 3 cent. ½ de l'orifice vulvaire, remplissant toute l'excavation pelvienne. La tumeur vaginale et la tumeur hypogastrique ne font qu'une.	Paroi abdominale antérieure soulevée. Tumeur remontant jusqu'à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dure en certains points, rénitente en d'autres, douloureuse, mate à la percussion. Par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés, on sent le fond de l'utérus, au-dessus du pubis. Tumeur plus développée à droite.	Sans congestion. Rectum aplati. Cordons sentis à la surface de la tumeur. Elle permet en donnant un coup sec de la tumeur hypogastrique.		
IIIe Observation. Fe Dupré.	Dysménorrhée pendant 2 époques menstruelles – à la 3e, sortie d'une membrane et d'un caillot. Douleurs vives – Développement du ventre; constipation – Anémie; frissons.	Teint blanc mat.	Prostration des forces.	Col utérin distant de 5 centes de l'orifice vulvaire, porté en avant, derrière le pubis, fixe, ouvert, ramolli. En arrière tumeur de densité inégale distante de 6 cent. de l'orifice vulvaire, remplissant la partie gauche du détroit inférieur, ne formant qu'une avec la tumeur hypogastrique. Sensation de flot.	Paroi abdominale antérieure soulevée. Tumeur du volume d'une tête de fœtus de 6 mois, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; plus élevée à droite, ferme, régulière, douloureuse, son tympanique à sa surface.			Rien.
IVe Observation. Fe Cauchon.	Depuis 8 mois, douleurs précédant le flux cataménial pendant 24 heures. 12 heures après les dernières règles rapprochement sexuel douloureux – 7 jours après même accident, même cause – Depuis frissons, vomissements. Douleurs expulsives, tuméfaction du ventre; décoloration de la peau.	Teinte jaune prononcée.	Prostration des forces.	Col difficile à atteindre, situé en avant, appliqué contre le pubis, immobile, entr'ouvert, distant de 6 cent. de l'orifice vulvaire. En arrière, tumeur distante de 3 cent. de l'orifice vulvaire, rénitente, remplissant tout le petit bassin, ne faisant qu'une avec tumeur sus-pubienne.	Paroi abdominale soulevée au-dessus du pubis. Tumeur immobile, douloureuse, mate à la percussion, développée surtout à gauche, distante de quatre travers de doigt de l'ombilic.		Rien de particulier au Spéculum	Écoulement vaginal de sang, provenant de l'utérus.
Ve Observation. Fe Leclercq.	Douleurs hypogastriques. Perte de sang abondante – frissons, décoloration de la peau.	Teinte jaune paille.	Faiblesse extrême.	Col utérin à 4 cent ½ de l'orifice vulvaire, porté en avant derrière la symphyse. En arrière du col tumeur molle occupant une grande partie de l'excavation pelvienne, fluctuante, ne faisant qu'une avec tumeur sus-pubienne, plus développée à droite.	Abdomen distendu comme chez une femme grosse de 6 mois. Tumeur remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, de densité inégale, immobile, régulière, présentant en quelques points des corps durs, mate à la palpation, diamètre transversal = 20 centimètres, vertical = 11 centimètres.	Tumeur – mêmes caractères que par le toucher vaginal. Intestin aplati à la surface de la tumeur – inégalités.		Écoulement vaginal séro-sanguinolent
VIe Observation. Lectures on the diseases of women by ch. West.	Douleurs hypogastriques – gêne en urinant, constipation		Coma.	Utérus abaissé – Orifice vaginal entrouvert. A gauche, tumeur bosselée, indépendante de l'utérus, ce que l'on constate par l'introduction de la sonde utérine.	Abdomen tendu, volumineux. L'exploration est difficile à cause des douleurs qu'elle provoque.			
VIIe Observation. Fe Lavande.	Il y a quelques mois, durée du flux menstruel 18 jours. Il y a 3 semaines, écoulement menstruel pendant 12 jours, caillots, douleur dans la région hypogastrique droite et présence d'une tumeur dans ce point – Douleurs aiguës, frissons, le jour où les règles cessent.	Couleur jaune paille de la peau.	Agitation.	Col porté en avant, derrière le pubis, petit, aplati – En arrière du col, tumeur du volume d'une orange, rénitente, fluctuante, ne faisant qu'une avec la tumeur sentie par le palper abdominal.	Région sous-ombilicale tuméfiée – Tumeur dans le côté droit du bas-ventre, fixe, fluctuante, du volume d'une tête de fœtus. – à gauche tumeur très dure, compacte.	Tumeur remplissant tout le petit bassin.	Coloration violacée du cul-de-sac postérieur du vagin.	Pertes de sang abondantes
VIIIe Observation. Fe Elisa.	Douleurs hypogastriques, pertes abondantes, présence d'une tumeur abdominale.	Pâleur de la peau.		Col volumineux. En arrière du col, sur la ligne médiane et à droite, bosselures très dures, indolentes, paraissant tenir à l'utérus.	À quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale droite, tumeur du volume d'un œuf de poule, mobile, dure, douloureuse.	Tumeur comprimant le rectum.		
IXe Observation. Mme X.....	Sans symptômes autres que pertes, la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur abdominale.	Teinte jaune paille.		Col aplati, porté à droite et en avant – En arrière, tumeur indépendante de l'utérus.	Dans la partie gauche du bas-ventre tumeur résistante, douloureuse, se portant vers la ligne médiane.	Tumeur volumineuse à limite supérieure impossible à atteindre.		Écoulement sanguin vaginal, abondant.
Xe Observation. Dr Follin.	Au milieu d'une bonne santé, vives douleurs abdominales; diarrhée sanguine pendant 15 jours.							
XIe Observation. Fe Serv.	Depuis la dernière époque menstruelle, douleurs abdominales d'une grande acuité.		État général satisfaisant.	Col utérin difficile à atteindre, porté en haut et en avant derrière le pubis. Utérus immobile. En arrière, tumeur non fluctuante, indépendante de l'utérus, se continuant avec la tumeur hypogastrique.	A l'hypogastre, tumeur saillante, surtout à droite, du volume du poing, se prolongeant dans l'excavation pelvienne.	Tumeur en avant du rectum comprimé.		Écoulement sanguin vaginal. Caillots.

Noms des Observations. Noms des Malades.	Douleurs.	État du tube digestif.	Miction urinaire	Circulation	Menstruation pendant le traitement.	Époque d'une diminution notable de la tumeur.	Position Mouvements.	Terminaisons. Date de la guérison, de la mort.	Traitement	Anatomie pathologiques.
Ire Observation. Fe Renauld.	Douleurs vives, expulsives, abdominales.	Constipation.	Ténesme vésical			1 mois après le début.		Ouverture spontanée par le rectum – écoulement par l'anus de plus de 3 litres de sang. Guérison 3 mois après les premiers accidents.	Repos a Catapl	
IIe Observation. Fe Flamand.	Pesanteur anale.	Selles faciles, un peu de ténesme. Soif très vive. Appétit.	Ténesme vésical			Diminution après une ponction.		Ouverture provoquée par le vagin. Accidents putrides. Guérison 6 mois après le début.	Ponc	
IIIe Observation. Fe Dupré.	Douleurs piquantes, ou expulsives	Ténesme anal. Constipation		Pouls mou, petit, 92 pulsations. Pas de souffle carotidien ni cardiaque.			Décubitus dorsal. Position assise impossible.	Guérison 4 mois après le début	Repos	
IVe Observation. Fe Cauchon.	Douleurs expulsives.	Appétit vif, soif ardente. Constipation pendant 9 jours. Dysenterie.		Pouls mou, 96 pulsations. Pas de souffle dans les vaisseaux.		1 mois après le début.	Position assise impossible. Décubitus dorsal.	Guérison 6 semaines après le début	Repos.	
Ve Observation. Fe Leclercq.	Douleurs expulsives très vives.	Constipation. Ténesme anal.	Ténesme vésical.	116 pulsations. Pouls petit. Peau chaude.	A la 1re époque après la maladie, pas de flux, mais frissons, chaleur et sueur pendant 13 jours – à la 2e, douleurs expulsives vives et écoulement sanguin par le vagin pendant 8 jours – à la 3e époque léger écoulemt, peu de douleurs – à la 4e de même – à la 5e retardée de 8 jours de même – La 6e revient à l'époque ordinaire – la 7e est normale comme avant la maladie.	4 mois après le début.	Décubitus dorsal. Position assise impossible ainsi que le décubitus latéral.	Guérison 8 mois après le début	Repos	
VIe Observation. Lectures on the diseases of women by ch. West.	Douleurs expulsives	Constipation. Sensation d'un obstacle à l'expulsion des matières.	Miction gênée	Pouls faible. Peau froide.				Guérison	Séjour prol.	
VIIe Observation. Fe Lavande.	Douleurs rémittentes, pesanteur à l'anus	Constipation.		112 pulsations.	8 jours après la ponction, menstruation régulière et à l'époque normale – La 2e époque de même.	8 jours après la ponction	Décubitus dorsal.	Guérison 3 mois après le début.	Ponc de la t par le	Sortie par la ponction de 1 litre 62 centilitres d'un liquide noir comme de la mélasse qui au microscope contient globules sanguins.
VIIIe Observation. Fe Elisa.	Pesanteurs, intermittentes							Mort	Ponc Simp	Dans l'abdomen, 1 litre de liquide brunâtre – A droite et en arrière de l'utérus, tumeur limitée en avant par le ligament large droit, contenant liquide analogue au liquide péritonéal – Adhérences du gros intestin avec fond utérin – Dans l'épaisseur du ligament large droit sous l'ovaire, tumeur communiquant avec la première, contenant caillots – Incertitude de M. Vaillemier si la tumeur est intra-péritonéale ou sous-péritonéale. MM. Hustaux et Martin, internes, la regardent comme intra-péritonéale.
IXe Observation. Mme X.....	Douleurs vives.					Après une évacuation de sang par le rectum.		Écoulement spontané par anus de sang noirâtre en caillots à deux reprises et à 2 jours d'intervalle. Guérison.	Gl.	
Xe Observation. Dr Follin.								Mort de phthisie pulmonaire.		Sur la séreuse péritonéale, taches bleuâtres ecchymotiques. Chaque trompe dilatée par un liquide épais brunâtre, en grande partie formé par du sang. A droite, extrémité dilatée de la trompe terminée dans une masse sanguine du volume d'un œuf qui occupe les parties latérale et postérieure de l'utérus. Le Dr Follin conclut que la tumeur était intra-péritonéale.
XIe Observation. Fe Serv.	Douleurs vives.	Constipation.				Pas de diminution.		Mort 3 mois après le début	Ba Purg.	Dans l'excavation pelvienne et la fosse iliaque droite, tumeur contenant caillots sanguins – du diamètre de 14 centimètres, ne contenant pas de fibrine – Adhérences entre la tumeur et l'S iliaque et le rectum – Parois du kyste, épaisses. Rien dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Lith. Rue 35, … St André des Arts

Source des Observations. Noms des Malades.	Age.	Profession	Constitution	Tempérament	Époque de la première menstruation	État de la menstruation jusqu'à l'époque de la maladie.	Nombre des grossesses	Mode des Accouchements. Enfants.	Caractère des femmes.	Couleur des cheveux.	Cause présumée de la maladie
XII° Observation. Dr Fauvel de Constantinople. Société anatomique, 1855.	28		Bonne	Sanguin		Depuis quelques mois, pertes aux époques menstruelles.					Émotion morale.
XIII° Observation. Communiquée par le Dr Fleuriot à la Société anatomique 1855. Fe G. Salle St Charles, N° 13. Hôpital de la Pitié.	32	Domestique	Bonne.			Normale.	1 il y a 7 ans.	Enfant vit.			Rapprochement sexuel.
XIV° Observation. Dr Nélaton. Gazette des hôpitaux 1853. Hôpital des Cliniques, lit N° 13.	21		Bonne	Nerveux	14 ans	Menstruation établie difficilement, irrégulière depuis 2 fausses couches.	3	1 grossesse à terme, 1 fausse couche à 4 mois 1/2, une 2e.			Rapprochement sexuel.
XV° Observation. Dr Nonat. Gazette des hôpitaux, 1857 juin. Salle St Joseph, 4. Hôpital de la Charité.	26	Tapissière	Bonne	Lymphatique	15.	Régulière.	3	3 enfants vivent.			
XVI° Observation. Fe Blondel. Observation personnelle.	30	Laitière	Faible				3				
XVII° Observation. Fe Cordier. Observation personnelle.	24										Rapprochement sexuel
XVIII° Observation. Mikschik. Leipsick 1854.	32				21 ans	6 ans avant la 1re menstruation, douleurs mensuelles, menstruation difficile.					
XIX° Observation. Fe Silvestre. Observation personnelle.	25.	Ouvrière en parapluie	Forte	Sanguin	15.	Établie difficilement. Après une fausse couche, pas de règles pendant 5 mois.	4	1er accouchement à 7 mois. 2e à terme. 3e à 3 mois. 4e à terme. Enfant mort à 1 an.	Capricieuse.	Brun. Cheveux noirs.	
XX° Observation. Thse Fenerly.	30	Ouvrière en coton					5.	Cinq enfants			Violent chagrin
XXI° Observation. Thse Fenerly.											Grossesse tubaire.
XXIII° Observation. Thse Fenerly.	43.	Lingère	Délicate	Sanguin	13 ans.	Pendant les règles hémoptysies abondantes et rebelles. 65 saignées en 3 ans.	15.	Couches bonnes. 15 enfants			

Observation	Symptômes jusqu'à l'entrée à l'hôpital, ou la première visite du médecin.	État de la peau.	Sens. Intelligence. État général.	Toucher vaginal.	Examen du Ventre.	Toucher rectal.	Examen au Speculum.	Écoulement vaginal rectal.	Douleurs.	État du tube digestif.	Miction urinaire
XII°	Subitement, douleurs abdominales, lipothymies.	Peau froide, décolorée.	État général grave.		Ventre tendu.			Pas d'écoulement.	Douleurs abdominales vives.		
XIII°	Avant dernières règles en retard de 15 jours. Aux dernières, métrorrhagie, douleurs expulsives.	Face pâle décolorée ainsi que toute la peau du corps.	Prostration des forces.	Col entrouvert, porté en avant et abaissé. Utérus incliné à gauche. À droite et en arrière, tumeur résistante, fluctuante.	Abdomen tuméfié, douloureux au-dessus du pubis, matité. Exploration difficile.	Tumeur remplissant la cavité pelvienne, fluctuante.			Douleurs très vives.	Constipation. Selles douloureuses.	Rétention d'urine. Miction très douloureuse.
XIV°	15 jours après la 3e époque menstruelle, à partir d'une fausse couche, métrorrhagie durant 16 jours.	Jaune pâle	Prostration extrême.	Col entrouvert, porté en avant. Utérus porté à droite. En arrière et à gauche tumeur arrondie, ferme, fluctuante, se continuant avec la tumeur hypogastrique.	Palper très douloureux; tumeur abdominale dure, non adhérente à l'utérus.	Relief arrondi dont on ne peut atteindre la limite supérieure.		Pas d'écoulement.	Douleurs provoquées par la pression de la tumeur.		
XV°	Depuis 2 mois, flux menstruel suivi de perte pendant 10 jours. Douleurs hypogastriques.		Prostration.	Col augmenté de volume, fortement porté en avant, derrière le pubis.	Tumeur s'élevant à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Tumeur oblongue, mobile, à surface lisse.			Caillots sortant par le vagin au moment des douleurs.	Douleurs expulsives, intermittentes.	Constipation.	
XVI°	Douleurs hypogastriques, sacrées.	Pâle		Col entrouvert, fortement porté en avant. En arrière tumeur dure, douloureuse, distincte de l'utérus, de consistance différente, du volume d'une grosse pomme.		Tumeur énorme irrégulière; limite supérieure impossible à préciser.			Douleurs expulsives hypogastriques.	Pas de constipation.	
XVII°	Après un rapprochement sexuel, douleurs dans la fosse iliaque droite. Repos au lit.			Col utérin porté en avant derrière le pubis. En arrière et à droite, tumeur arrondie remontant au-delà des limites atteintes par le doigt.		On arrive à la limite supérieure.			Douleurs au-dessus de l'aine droite.		
XVIII°	Depuis 2 mois suppression du flux cataménial. Depuis 3 semaines augmentation de volume du ventre, coliques atroces. Repos au lit.			Col à 2 pouces au-dessus du pubis, difficile à atteindre. En arrière tumeur lisse arrondie, douloureuse, immobile, fluctuante. Cavité utérine contient du mucus. Tension de la tumeur pendant les douleurs.	Tumeur s'étendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.			Écoulement vaginal muqueux.	Coliques très aiguës.	Constipation. Vomissements.	Rétention d'urine.
XIX°	Depuis 1 mois, à l'époque des règles, douleurs pesantes, revenant tous les 5 jours. Depuis 6 jours, sortie de sang, caillots. Depuis 5 jours, douleurs continuelles.	Blanc mat	Mydriase. Éblouissements. Bourdonnements d'oreille. Vue troublée.	Col entrouvert, repoussé en avant. En arrière tumeur large de huit cent., de consistance molle, s'étendant surtout à gauche, sentie à 2 cent. au-dessus du museau de tanche, distante de l'orifice vulvaire de cinq centimètres.	Tumeur s'étendant jusqu'à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, s'étendant surtout à gauche, empâtée, à peine douloureuse, régulière à la surface. Les tumeurs sus-pubienne et vaginale ne font qu'une. Transmission des mouvements.	Tumeur paraissant occuper toute la cavité pelvienne; limite supérieure impossible à atteindre.	Pas de coloration anormale.	Écoulement vaginal sanguinolent.	Continues, pesantes. Sensation de pulsation dans le bas-ventre, quelques douleurs expulsives.	Ténesme anal. Constipation.	Rien d'anormal.
XX°	Retard menstruel de 7 jours, puis hémorrhagie utérine. Douleurs expulsives. Accidents précédant de 8 mois l'entrée à l'hôpital. Une tumeur constatée.	Pâleur.		Tumeur en arrière et à gauche de l'utérus.	Au 1er examen tumeur en arrière du corps utérin prise pour rétroflexion. 3 jours après la tumeur dépassait de 0,03 l'arcade de Fallope gauche en remplissant le petit bassin. 3 autres jours après la tumeur dépassait de 4 travers de doigt l'arcade gauche.				Douleurs comme pour accoucher.		Ténesme vésical.
XXI°			Yeux cernés.								
XXIII°	Suppression des règles en 1849. 2 ans après entrée à St Louis. Constatation d'une tumeur. Les 1ers accidents durent 6 mois pendant 2 autres années. Douleurs hypogastriques, menstruation irrégulière. Dans ce laps de temps 2 fausses couches, dont l'une de 2 jumeaux; la 1re fois accompagnée d'une hémorrhagie utérine abondante. Deux ans après les 1ers accidents, douleurs abdominales vives, pas de perte, augmentation du volume du ventre.	Face pâle, bouffie, empreinte de souffrance, peau chaude, lèvres sèches.	Yeux cernés.	À la partie supérieure du vagin dans le cul-de-sac postérieur tumeur. Col abaissé, dévié en arrière. Corps dévié en avant et à droite.	Facile. Une masse occupant la partie latérale gauche du bassin [illegible], et au-dessus de l'arcade crurale, plongeant dans l'excavation. [illegible] le palper et le toucher vaginal, pas de fluctuation, mouvements communiqués restreints. Pression douloureuse à gauche. Tumeur lisse arrondie.			Pertes de sang. Caillots.	Douleurs sourdes dans l'hypogastre, augmentées par la pression.	Lèvres décolorées, langue blanche. Soif vive. Appétit médiocre. Appétit nul. Constipation.	Besoins fréquents. Miction difficile, urine rouge, chargée, urine abondante.

Observation	Circulation	Menstruation pendant le traitement.	Époque d'une diminution notable de la tumeur	Position. Mouvements.	Terminaisons. Date de la guérison, de la mort.	Traitement.	Anatomie pathologique.
XII°					Mort 24 heures après les premiers accidents.	Saignée. Le médecin appelé a cru à une congestion cérébrale.	Dans l'abdomen grande quantité de sang. Caillots dans le petit bassin. Dans la trompe gauche tumeur du volume d'un œuf présentant déchirure, contenant caillots sanguins. Orifice utérin de la trompe fermé par une tumeur fibreuse.
XIII°	144 pulsations.				Mort 4 jours après le début.	Sinapismes. Manuluves. Glace.	Dans la cavité abdominale sang. Entre organes contenus dans le petit bassin adhérences. Caillots enkystés. Caillots dans le cul-de-sac vésico-utérin, dans le cul-de-sac utéro-rectal. À droite de l'utérus au niveau de l'aileron postérieur tumeur ovoïde dans l'épaisseur du ligament large, du poids de 400 grammes dans laquelle un fœtus. À gauche au niveau de l'aileron postérieur tumeur contenant un liquide rouge brun. Trompes oblitérées. Sang venu d'un ovaire.
XIV°	Pouls fréquent.			Courbature générale.	Guérison.	Pas de traitement actif.	
XV°	Pouls petit. 132 pulsations.	25 jours après l'incision de la tumeur, menstruation normale. À la 2e époque, retard de 6 jours; le sang s'écoule sans douleurs.	Aussitôt l'incision.		Guérison.	Incision. Injections chlorurées dans la poche. Sonde à demeure laissée pendant 5 semaines.	
XVI°			1 mois après le début.		Guérison 4 mois après le début.	Repos au lit. Cataplasmes. Bains.	
XVII°			3 semaines après le début.		Amélioration six semaines après le début.	Sangsues à l'anus. Repos au lit.	
XVIII°			Aussitôt après la ponction.		Mort 5 jours après la ponction, 3 mois après le début.	Ponction par le vagin. Sortie de 2 litres 1/2 de sang noir et fluide.	Utérus volumineux. Entre l'utérus et le rectum poche circonscrite par des fausses membranes contenant un litre de sang noir, fluide. Péritonite intense.
XIX°	Pas de souffle artériel ni cardiaque. Pouls mou. Pas de fièvre.	La 2me menstruation depuis le début de la maladie a un retard de 5 jours. Écoulement sanguin peu abondant, accompagné de douleurs expulsives. Durée 5 jours. 3e menstruation avance de 13 jours. Durée 12 jours. Écoulement normal. 4e menstruation avance de 3 jours. Durée 4 jours. Écoulement normal.	3 mois après le début.	Décubitus dorsal seul possible. Position assise impossible.	Guérison 6 mois après le début.	Repos au lit sans interruption aucune pendant 2 mois 1/2. Calmants.	
XX°					Symptômes de péritonite. Mort 4 mois après le début.		Épanchement de sang dans le péritoine. Adhérences. Tumeur remplissant tout le petit bassin contournée par l'S iliaque. Caillot de 1 kil. composé de deux parties, l'une stratifiée à gauche et en haut, l'autre à droite et en bas composée de sang noir en gelée [illegible]. Dans la portion gauche petit fœtus de 2 mois 1/2. Trompe renflée à son pavillon. La tumeur paraît revêtue par le péritoine.
XXI°					Mort subite (Symptômes de péritonite) 10 jours après le début.		Adhérences intestinales, sérosité purulente et sang noir visqueux entre les circonvolutions. Trompe droite formée à ses deux extrémités, creusée d'une cavité constituée par un caillot à la circonférence et tapissée en dedans par une membrane mince ayant les caractères du chorion (Robin). Cavité utérine vascularisée.
XXIII°	80 à 90 pulsations. Peau chaude. Au 2e accident 108 pulsations.	17 jours après l'entrée à l'hôpital, perte abondante. Caillots noirs visqueux, filants durant 8 jours. En même temps diminution notable de la tumeur. Règles revenues régulièrement 3 mois après. 3 mois après les 1ers accidents la malade allant bien, surviennent de nouveaux accidents identiques aux premiers : frissons, nausées, vomissements. 8 jours après écoulement par le vagin d'une énorme quantité de sang liquide, noir, fétide.	1 mois après. 8 mois après existait encore.		Guérison après ouverture dans le vagin à deux reprises.	Traitement des accidents de péritonite. Opiacés. [illegible]. Sangsues.	

Source des Observations. Noms des Malades.	Age	Profession	Constitution	Tempérament	Époque de la première menstruation	État de la menstruation jusqu'à l'époque de la maladie	Nombre des grossesses	Mode des accouch.ts Enfants	Caractère des femmes	Teint. Couleur des cheveux	Cause présumée de la maladie	Symptômes jusqu'à l'entrée à l'hôpital — ou la première Visite du Médecin.	État de la peau.	Sens — Intelligence — État général.	Toucher vaginal.	Examen du Ventre.	Toucher rectal.	Examen au Speculum	Écoulements Vaginal rectal	Douleurs	État du tube digestif	Miction urinaire	Circulation	Menstruation pendant le traitement.	Époque d'une diminution notable de la tumeur	Position Mouvements	Terminaisons. Date de la guérison, de la mort.	Traitement	Anatomie pathologique.
XXIIIe Observation. Th. Feu.	28	Brodeuse	Bonne	Sanguin	15 ans.	Régulière, durant 4 à 5 jours jusqu'à 18 ans, époque de la 1re grossesse — après irrégulière avec douleurs.	1	1 couche sans accidents		Cheveux bruns. Visage coloré		6 mois avant d'entrer à l'hôpital, suppression des règles — pendant ce temps douleurs — au 5e mois, hématurie — suivie au 6e mois de perte.			Tumeur dans le cul de sac utéro-vaginal — tumeur immobile tendue — col rejeté en arrière.	Facile. Tumeur à la partie latérale gauche de l'utérus — on sent une rainure entre la tumeur et l'utérus — tumeur immobile, tendue, régulière.			par	Douleurs lancinantes à l'hypogastre se propageant dans le dos, les lombes, augmentées par la marche.	Constipation pénible.	Accompagnée de picotements, de ténesme, les dernières urines colorées par du sang [illegible]		3 mois 1/2 après l'entrée à l'hôpital écoulement par le vagin de sang noir, couleur mélasse. Règles revenues ensuite régulièrement.	3 mois 1/2 après le début, difficulté à sentir la tumeur. 3 mois après réduite au volume d'un ganglion lymphatique.		Guérison, après ouverture dans le vagin.	Temporisation, puis repos. Bains.	
XXIVe Observation Th. Feu.	21	Blanchisseuse			16 ans	Régulière jusqu'à la 1re grossesse.	1.	1 fausse couche de 4 mois.		Teint coloré, cheveux blonds.		Depuis 15 mois, époque de la fausse couche, irrégularité de la menstruation, migraines — 20 jours avant l'entrée à l'hôpital douleurs.			En arrière du col relief prononcé dur, immobile, s'étendant plus à gauche — col en avant et abaissé — petit — aplati d'arrière en avant — orifice utérin étroit — col se laisse refouler.	Facile. — Tumeur en arrière et à la partie latérale gauche de l'utérus — Immobilité — Palper douloureux.		Couleur violacée de la muqueuse vaginale sur la tumeur, effacement des plis de la muqueuse distendue	par	Douleurs violentes. Sensation de pesanteur au périnée.				Les règles revinrent plusieurs mois après l'entrée à l'hôpital.			Guérison.	Expectation. Vésicatoires volants.	
XXVe Observation. Société de Chirurgie 1851.	29					Durée 6 jours.					Rupture d'un ovaire.	Depuis un mois, après la menstruation, coliques hypogastriques intermittentes. Depuis 8 jours douleurs coïncidant avec un retard de 8 jours et durée de 2 jours au lieu de 6.			Tumeur sentie par le vagin.	Facile — Tumeur hypogastrique.			par	Coliques hypogastriques vives intermittentes [illegible]					1 mois après		Ouverture rectale. — Mort d'infection purulente 2 mois après.	Traitement de l'infection purulente.	Tumeur paraissant à M. Denonvilliers située dans le péritoine — dans le cul de sac utéro rectal, épanchement limité en haut par la masse intestinale.
XXVIe Observation. Société de Chirurgie 1851.	Jeune											Douleurs abdominales — dérangement menstruel — Perte épuisant la femme.			Derrière le col, tumeur arrondie du diamètre d'une pièce de 5 francs, fluctuation obscure. Col dévié en avant.	Facile — Tumeur.		Teinte grise un peu pâle	Perte continuelle de sang	Douleurs peu fortes.							Guérison.	Incision vaginale.	
XXVIIe Observation. Th. Feu.	30	Sans		Sec			1	1 fille	Irritable. Attaques d'hystérie.			Depuis 2 ans dysménorrhée — menstruation irrégulière — tous les 15, puis tous les 8 jours, pertes abondantes — elles deviennent continues — sang pur ou mêlé de mucus.			Tumeur à la partie latérale gauche et en arrière du col, mobile, résistante, douloureuse — utérus abaissé. Col aplati tourné en arrière un peu à droite, lèvre postérieure rugueuse, presque nulle.	Tumeur à la partie latérale gauche de l'utérus.			Perte continuelle de sang.	Douleurs peu intenses provoquées surtout par l'exploration.	Selles, couleur jus de pruneaux (due à du sang.)			Perte énorme par le rectum (2 litres), après un mois de traitement.			Guérison après 2 pertes par le rectum.	Réfrigérants. Repos.	
XXVIIIe Observation. Th. Feu.	16	Lingère	Forte	Sanguin	15	Dysménorrhée habituelle — douleurs, règles très peu abondantes pendant 1 jour 1/2 ou deux jours.						Depuis 8 mois tumeur dans la région iliaque gauche, augmentant lentement et turgescente aux époques menstruelles.	Attributs d'une bonne santé.		Vierge.	Tumeur à gauche volume du poing d'un adulte. Saillante, forme anguleuse à angles arrondis. Son niveau supérieur atteint jusqu'à celui de l'épine iliaque gauche qu'elle touche. Texture comme fibreuse — un peu mobile — indolente à la pression.				Parfois lancinantes. Douleurs lombaires. Sensation incommode de chaleur interne.				Un mois après le début, par de règles, phénomènes de congestion utérine — 4 jours après, règles pendant 2 jours. Sang venant par le vagin.	Cas de mort.		Mort par péritonite succédant à la ponction 8 mois après le début, 3 jours après l'opération.	Ponction vaginale nécessitée par les douleurs.	Environ 200 gr. de sang noir dans la cavité abdominale — poche au flanc gauche — parois molles peu épaisses d'un bleu noirâtre, avec une déchirure de 0,01 faite par le chirurgien — communiquant avec trompe élargie.
XXIXe Observation Archives de médecine 1851.	22				pas, hymen imperforé	Pas de menstruation.					Hymen imperforé	Depuis 9 ans, à chaque mois douleurs.																	
XXXe Observation. Th. Feu.	28	Domestique									Rapports sexuels. Rupture de 2 tumeurs sanguines tubaires.	Faiblesse générale — nausées — vomissements — douleurs à droite.	Face anxieuse, décolorée.							A droite de l'abdomen			Oppression énorme. Pouls insensible.		Cas de mort.		Mort. Symptômes de péritonite. 15 jours après.		Sang dans l'abdomen — caillot dans la trompe gauche. Caduque utérine. Pas de sang utérin — dans ovaire droit corps jaune — dans la trompe droite tumeur sanguine enfoncée dans une portion voisine de la tumeur. Même état de la trompe gauche.
XXXIe Observation. Th. Feu.	34	Cuisinière	Bonne	Sanguin	14 ans.	Régulière	Plusieurs	Plusieurs enfants.				Tumeur venue progressivement et donnant lieu après un an à des douleurs. Cachexie — nausées — vomissements.	Face jaune paille, aspect anémique.		Très douloureux — tumeur saillante dans le cul de sac postérieur, fluctuante — se continuant avec la tumeur abdominale.	Facile. Tumeur à gauche à 0,06 au dessus du ligament de Fallope, à 3 travers de doigt de la ligne blanche. Volume du poing d'un adulte, arrondie, lisse, dure — fluctuation obscure.				Très vives dans le bas ventre à gauche surtout. Exagérées à la moindre chose.					Aussitôt la ponction.		Guérison (non vérifiée) quelques mois après.	Incision pour des douleurs très vives.	
XXXIIe Observation. Dr Gaube. Société anatomique 1853	32	Couturière			15 ans	Régulière. Il y a 2 ans, perte durant 15 jours.	5	5 enfants vivants.			Chagrin. Perte du mari.	Après retard mensuel de 7 jours perte abondante de sang durant 6 semaines.																	
XXXIIIe Observation. Dr Prost.	21	Domestique	Bonne	Bon	18 ans	Régulière. Indolente. Durée 8 jours.					Variole.	Après variole aménorrhée durant 5 mois. Le lendemain de la 1re menstruation, douleurs abdominales, leucorrhée — en 5 jours après ce début douleur vive — fusion [illegible].	Physionomie naturelle.		Tumeur indépendante de l'utérus.	Volume du ventre normal. Exploration peu facile; à gauche, dans la fosse iliaque, tumeur allongée de 0,07 de diamètre dirigée en haut et en dehors — assez bien circonscrite.				Douleurs abdominales vives dans la fosse iliaque gauche au dessus du ligament crural.							Morte du Choléra.	Expectation. Morte du choléra.	Cause de la mort non donnée, ni pressentie dans la description. Kyste de l'ovaire avec adhérences entre le rectum et l'utérus. Caillots dans le kyste.

ctal.	au Specul	Condition pathologique.
	on-	
	Couleur n- lacée d muqueuse nale tu meur off des plis muqueu distend	
	n u	Tumeur paraissant à Mr. Denouvilliers située dans le péritoine, dans le cul de sac utéro rectal, épanchement limité en haut par la masse intestinale.
	Teinte en mu pã nale	
	uta-	
	— o oar ra.	Environ 200 gr. de sang noir dans la cavité abdominale, poche au flanc gauche, parois molles peu épaisses d'un bleu noirâtre, avec une déchirure de 0,01 faite par le chirurgien, communiquant avec trompe élargie.
		Sang dans l'abdomen, caillot dans la trompe gauche, caduque utérine. Pas de sang utérin, dans ovaire droit corps jaune, dans la trompe droite tumeur sanguine en fente dans une portion voisine de la tumeur, même état de la trompe gauche.
	n. leurs a.	
	ion. l'hera	Cause de la mort non donnée, mi presentie dans la description. Kyste de l'ovaire avec adhérences entre le rectum et l'utérus. Caillot dans le kyste.

Source des Observations. Noms des Malades	Âge	Profession	Constitution	Tempérament	Époque de la première menstruation	État de la menstruation jusqu'à l'époque de la maladie	Nombre des grossesses	Mode des accouch^ts, Enfants	Caractère des femmes	Teint, Couleur des cheveux	Cause présumée de la maladie
XXXIV Observation. Dr Prost.	35						5	4 fausses couches, 1 enfant vit			Couche
XXXVe Observation. Dr Prost.	31		faible		16 ans	De 16 à 20 ans régulière; à 24 ans leucorrhée abondante	2	2 enfants à terme			Fatigue
XXXVIe Observation. Dr Prost.	35	Couturière	délicat		16 ans	Irrégulière	2	2 enfants à terme			Effort
XXXVIIe Observation. Dr Cestan.					14 ans	Irrégulière. 4 jours très peu abondante	3	1 enfant à terme, 2 fausses couches			Rapprochement sexuel.
XXXVIIIe Observation. Dr Bernutz.	40		faible	Lymphatico-sanguin	17 ans	Régulière toutes les 3 semaines. abondance moyenne 3 jours	7	5 accouch^ts entre [illegible] avortements; 2 enfants à terme, au dernier [illegible]			Fatigue
XXXIXe Observation. Dr Gallard, Union Médicale 1855. F^e Estelle.	32	Journalière	forte		25	Irrégulière. Douleurs. métrorrhagies fréquentes	1	Grossesse heureuse			
XLe Observation. Communiquée par M. Heurtaux. F^e Barrière.	28	Couturière	forte		12	Régulière. Écoulement sanguin abondant. Durée de 4 à 6 jours. [illegible] plus abond^t. Il y a [illegible] écoulement pendant 3 semaines sans caillots [illegible]. Il y a 5 ans, à partir de cette époque, irrégularité des règles	3.	1re à 21 ans, 2e à 22 ans, 3e à 25 ans. Couches normales		Teint coloré, cheveux châtains.	
XLIe Observation. Communiquée par M. Heurtaux. F^e Caloubchère.	38	Couturière	Sèche		14 ans	Menstruation régulière	1	Accouchement normal			Pas de cause appréciable
XLIIe Observation. Observation personnelle. F^e Cordevin	29	Domestique	forte	—	16 ans	Irrégulière. aménorrhée à plusieurs reprises. Sang peu abondant, douleurs région sacrée	1	accouchement normal à terme	Inquiet.	Cheveux noirs, teint brun	Rapprochement sexuel

Source des Observations	Symptômes jusqu'à l'entrée à l'hôpital ou la première Visite du Médecin.	État de la peau	Sens, Intelligence, État général	Toucher vaginal	Examen du Ventre
XXXIV	À la suite d'une couche, douleurs à l'hypogastre et dans la région sacrée.			Tumeur allongée, volumineuse, dans l'axe du rectum, se continuant avec la tumeur abdominale, fluctuante. Col en avant et en haut.	Exploration peu douloureuse. Tumeur remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis, à gauche; on sent le corps utérin reconnaissable en arrière et au-dessus du pubis, appliqué sur la face antérieure de la tumeur.
XXXV	Débute par des douleurs abdominales subites, perte abondante depuis 1 mois, pendant crises, douleurs expulsives.	Pâle, bouffie.		En arrière du col tumeur molle, fluctuante dans quelques points, dure dans d'autres, occupant tout le petit bassin. Col abaissé, porté contre le pubis.	Ventre volumineux et douloureux. La tumeur s'élève jusqu'au grand bassin. Douleur en fosse iliaque gauche. En [illegible]
XXXVI	Subitement douleurs dans les reins; sensation de craquement, perte abondante.			Tumeur entre les 2 latérales et la tumeur vaginale, fluctuation; col derrière le pubis; lèvre postérieure seule sentie.	Tumeur médiane allant près l'ombilic. 2 latérales perdues dans les fosses iliaques.
XXXVII	À la suite de 2 fausses couches, avortage depuis 16 jours à la suite de coït hémorragie.	Jaune pâle. Prostration		En arrière du col tumeur arrondie, ferme, couverte par la muqueuse; col assez largement ouvert, fente en travers de 0,03, porté vers pubis.	Assez facile, moins douloureux à l'hypogastre. Tumeur à gauche non adhérente à l'utérus. Corps utérin à droite.
XXXVIII	2 mois avant aménorrhée et douleurs expulsives d'abord très vives, s'affaiblissant jusqu'à la fin du mois. Suivant aménorrhée, recrudescence des douleurs expulsives, nausées, vomissements, fièvre. 15 jours après le 2e retard, expulsion dans un bain d'un caillot organisé et de sang. Symptômes d'inflammation abdominale avec écoulement jusqu'à 1 mois ½ après le début.	Maigreur prononcée. face pâle, anxieuse.	Intelligence nette.	Tumeur se continuant avec celle de l'abdomen, sans fluctuation évidente. Palper très pénible, col très bas, très près du pubis, volume et forme d'un œuf de poule, lèvres grosses, saillantes, laissant pénétrer l'extrémité du doigt. Utérus immobile.	Pression indolente, paroi [illegible] dépressible. Ventre saillant en bas, non douloureux. Tumeur à partir inf^re du ventre. 3 parties, gauche la plus grosse arrondie [illegible] au-dessus du ligament de Fallope, à droite arrondie dépasse le ligament à un travers de doigt. Médiane [illegible] à un travers de doigt au-dessus du pubis. Pas de fluctuation. Immobile.
XXXIX	Il y a 2 mois à l'époque des règles, écoulement sanguin irrégulier de quelques heures. 8 jours après perte durant 10 jours. Douleur subite du côté droit du ventre, évanouissement. 2 jours tension du ventre. Pendant l'époque menstruelle suivante, douleurs plus vives, vomissements bilieux.	Pâle, décolorée.		Tumeur du volume d'une grosse orange entre utérus et rectum, se continuant avec tumeur hypogastrique; fluctuation douteuse. Col mou, entrouvert, fortement repoussé en avant, à quatre cent. 1/2 de l'orifice vulvaire.	Ventre tendu, douloureux, tumeur remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, non fluctuante, mate, distante de chaque côté de 2 travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure.
XL	Depuis 3 mois suppression des règles. Il y a un mois douleurs hypogastriques vives expulsives, sensation d'un corps étranger pressant l'anus, ténesme; chaleur, agitation, nausées, pâleur de la face, palpitation. 2 jours après ces symptômes sortie par le vagin de caillots coïncidant avec diminution des douleurs pendant 4 jours. Après ces 4 jours, recrudescence.	Peau décolorée.		Tumeur du volume du poing remplissant l'excavation pelvienne, arrondie, douloureuse. Col porté fortement en avant, distant de dix centimètres de l'orifice vulv., non volumineux.	Tumeur abdominale s'étendant à gauche jusqu'à une ligne étendue de l'ombilic à l'épine antéro-supérieure, à droite moins volumineuse, déterminée par un bord arrondi, résistante, douloureuse, mate, remontant à 5 travers de doigt au-dessus du pubis.
XLI	Depuis 2 mois ½, après flux menstruel perte durant 20 jours accompagnée de coliques. Le 10e jour accroissement très intense des douleurs. Tumeur abdominale reconnue quelques jours après. Depuis 1 mois ½, perte continue, repos au lit.	Pâle, froide.		Col distant de six centimètres de l'orifice vulvaire, porté en avant, accolé à la face postérieure du pubis. Le doigt doit se fléchir pour le toucher. Entrouvert. En arrière, tumeur dépassant de un centimètre le niveau inférieur du col, remplissant l'excavation pelvienne, arrondie, médiocrement dure, ne faisant qu'une avec tumeur sous-ombilicale.	Ventre arrondi, 2 tumeurs, l'une gauche s'étendant jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic, reposant dans la fosse iliaque; l'autre droite ayant mêmes dispositions, un peu moins grosse, toutes deux très dures, mates.
XLII	1 mois avant l'entrée à l'hôpital, perte de sang succédant à retard de 5 jours. Écoulement durant 11 jours. [illegible] dernier jour coït avec son mari; presque aussitôt douleur au-dessus de l'aine droite, frissons, pâleur.	Décoloration de la peau. Masque des femmes grosses.		Col distant de 4 cent. de l'orifice vulvaire, non augmenté de volume, non entrouvert, appuyé sur le rectum. En avant tumeur fluctuante, tendue sur la ligne médiane, battements d'une artère à sa surface; à gauche tumeur de même caractère. Entre la tumeur et le col, rainure.	Ventre ballonné sur la ligne médiane et à gauche. Tumeur s'élevant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis.

Source des Observations	Toucher rectal	Examen au Speculum	Écoulements vaginal, rectal	Douleurs	État du tube digestif	Miction urinaire	Circulation	Menstruation pendant le traitement	Époque d'une diminution notable de la tumeur	Position ? Mouvements	Terminaisons. Date de la guérison, de la mort	Traitement	Anatomie pathologique
XXXIV					Constipation	Fréquente	Pouls fréquent, lent.			Douleur cuisse gauche.	Guérison.	Ouverture avec lithotriteur.	
XXXV				expulsives, dans le ventre.	Nausées. Constipation	fréquente				Engourdissement et douleur de la jambe gauche.	Guérison	Expectation.	
XXXVI				Douleurs abdominales.	Constipation	Dysurie.					Mort	Expectation	Péritonite. Adhérences. 2 kystes ovariques. Tumeur du volume de tête d'enfant à terme, contenant sang noir visqueux. Communication avec les 2 kystes. Le gauche est plus petit.
XXXVII				abdominales dans région rénale.			Pouls fréquent, dur, peau brûlante			Courbature générale.			
XXXVIII			Rouge sans odeur spéciale. Continuel.	Spontanées de la région lombaire à l'utérus, intermittentes [illegible] [illegible] expulsives. [illegible] par la pression et les touchers	appétit nul. Selles liquides.	Peu abondante	72 pulsations.	1 mois après l'entrée 5 à 6 jours avant l'époque menstruelle; écoulement sanguin		Fourmillement à la partie supérieure des 2 cuisses, surtout à gauche. Refroidissement le soir aux extrémités	Mort de péritonite 3 mois après le début.	Bains. Cataplasmes, puis traitement de péritonite.	Sang dans la cavité péritonéale 1 litre ½. Cavité close du petit bassin constituée par adhérences entre intestin, utérus, ligaments larges. Dans cette cavité tumeurs ovariennes sanguines formées par adhérences des ovaires et pavillon des trompes contenant du sang en communication avec trompes distendues par du sang jusqu'au trajet intra-utérin. Tumeur de gauche plus considérable. Cavité pelvienne divisée complètement en deux par adhérences. À droite un peu de liquide rouge brique. À gauche caillot de trois pouces de hauteur, au centre un morceau de cartilage.
XXXIX	Tumeur dure on ne peut atteindre la limite supérieure.	Coloration normale de la muqueuse vaginale.	Caillots sanguins s'échappent par le vagin durant 2 mois.	Douleur expulsive		Miction difficile et douloureuse	Lipothymies	La 3e époque menstruelle à partir du début, 1re depuis l'entrée à l'hôpital, se confond avec une perte durant 1 mois. De même pour l'époque suivante. La 5e époque est normale.	4 mois après le début		Guérison.	Expectation. Calmants. Vésicatoires.	
XL	Tumeur, canal du rectum aplati.		Écoulement sanguin peu abondant par le vagin	Expulsives	Sensation de pesanteur anale. Ténesme anal. Constipation. Accidents dysentériques	Miction urinaire fréquente. 10 fois en 24 heures.	84 pulsations. Bruit carotidien		[illegible] après le début, coïncidant avec évacuation de liquide par l'anus.	Œdème du membre inférieur gauche et douleurs.	Évacuation de liquide comme de la gelée de groseilles par l'anus. Guérison.	Sangsues. Calmants. Repos au lit.	
XLI			Écoulement vaginal d'un rouge pâle	Douleurs expulsives	Constipation d'abord, puis dysenterie. Ténesme anal.	10 fois en 24 heures	Oppression. Palpitation. 68 pulsations. Pouls faible	3e menstruation depuis le début, absence d'écoulement. Recrudescence des douleurs	3 mois après le début	Fourmillements aux membres inférieurs. Œdème du membre inférieur gauche.	Mort produite par l'infection putride survenue à la suite d'un abcès de la fesse	Sangsues. Repos au lit. Cataplasmes.	En arrière de l'utérus, adhérences entre la partie postérieure de cet organe, le rectum, l'extrémité inf^re de l'S iliaque, la ½ circonférence postérieure du détroit supérieur et une anse d'intestin grêle. Adhérences celluleuses solides. Après avoir détruit celles unissant l'intestin grêle et l'utérus on pénètre dans une cavité rétro-utérine qui a pour limite en bas le cul-de-sac utéro-rectal, en haut les organes signalés plus haut, en avant l'utérus et les ligaments larges, en arrière le rectum. Elle est divisée en plusieurs loges séreuses par des cloisons celluleuses. 1° Une cloison verticale unissant la partie médiane et postérieure du corps utérin avec la partie antérieure du rectum. Tout à fait en bas, un peu au-dessus du cul-de-sac utéro-rectal, cette cloison n'existe pas. Il y a là communication d'une moitié de la poche avec l'autre. 2° Une cloison partant du pavillon de la trompe gauche qui s'y [illegible] de la fosse iliaque en se prolongeant vers le bas, de manière à former un trajet assez étendu qui part de la trompe, s'ouvre un peu au-dessus du cul-de-sac utéro-rectal. 3° Même disposition à droite. Rien qui puisse indiquer la source de l'épanchement. Les trompes sont dilatées. Leur canal communique avec la poche rétro-utérine et avec la cavité utérine. L'ovaire gauche atrophié. L'ovaire droit ne peut être trouvé. Abcès gangréneux de la fesse gauche. Ulcérations dysentériques de la portion du rectum en voie de réparation.
XLII	On sent à 0,03 de l'anus le col au-dessus, tumeur rénitente avec battements artériels, fluctuante.	Grande quantité de mucopus dans le vagin sur toute la muqueuse qui a [illegible]; les culs-de-sac taches ecchymotiques [illegible] au col.	Pas d'écoulement vaginal.	Douleurs provoquées par la pression de la tumeur, sensation de battements pelviens, coliques ventrales.	Constipation	Peu d'urine dans la vessie. Ténesme vésical.	Pas de fièvre.	À la 1re menstruation frissons, recrudescence des douleurs. Pas d'écoulement de sang. À la 2e retard de 6 jours, douleurs accompagnant un flux sanguin très abondant durant 6 jours. Sang rouge.	10 jours après le début la tumeur [illegible]; [illegible] après la 1re menstruation; 2 mois après le début aucune trace de tumeur.	Position assise insupportable. Pas de varices ni d'hémorrhoïdes.	Guérison.	Sangsues à l'anus. Repos au lit.	